ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE ET D'HYGIÈNE SOCIALE

FOLIES PASSIONNELLES

ÉTUDES PHILOSOPHIQUES ET SOCIALES

PAR

LE Dr GEORGES PICHON

CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS
LAURÉAT DE L'INSTITUT (ACADÉMIE DES SCIENCES)
LAURÉAT DE L'INTERNAT DES HOSPICES ET DES ASILES DE LA SEINE
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC., ETC.

PREMIÈRE PARTIE. — Considérations générales et philosophiques sur les conséquences funestes des **passions**. — Étude comparée sur l'importance étiologique comparée des **passions**, et sur le rôle causal trop exagéré de l'**hérédité** et de la **fatalité**.

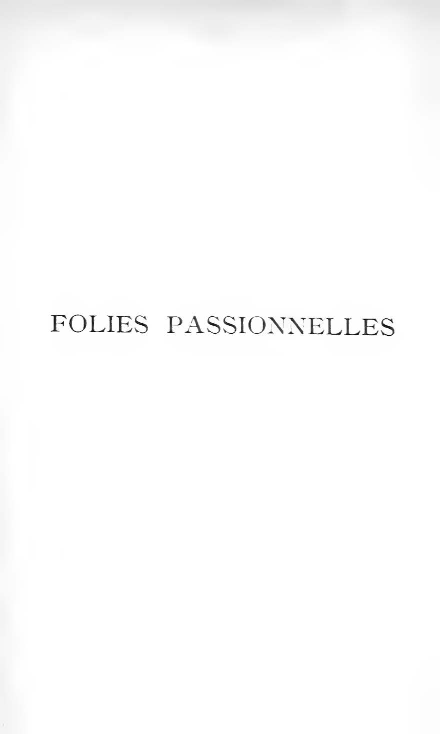
DEUXIÈME PARTIE. — Description clinique des **folies passionnelles** les plus communes, étudiées dans leurs **causes** et leurs rapports avec l'hygiène sociale.
Paralysie générale et délire des grandeurs. — Alcoolisme et absinthisme. — Folies érotiques.

TROISIÈME ÉDITION

PARIS
E. DENTU, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE LA SOCIÉTÉ DES GENS DE LETTRES
PLACE DE VALOIS, 3 ET 5, PALAIS-ROYAL

1891


LUCIEN BODIN, LIBRAIRE
SCIENCES OCCULTES & PHILOSOPHIQUES
SOCIÉTÉS SECRÈTES ETC



FOLIES PASSIONNELLES

PRINCIPAUX OUVRAGES

De M. le Dr PICHON

CONCERNANT LES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

1° **MORPHINOMANIE** (Considérations cliniques sur la). — Mémoire *inédit*, basé sur 120 observations. *Couronné par l'Académie de médecine* (1888).

2° **L'ÉPILEPSIE ET LA VISION.** In-8° de 250 pages, Ollier Henry. — *Thèse de Paris*, 1885, couronnée par la Faculté de médecine (prix des thèses, *médaille d'argent*).

3° **LES MALADIES DE L'ESPRIT.** Vol. in-8° de 403 pages. O. Doin, éditeur (1888). Études cliniques et médico-légales sur les principaux délires vésaniques et toxiques, considérés dans leurs rapports réciproques ; ouvrage couronné par l'Académie des sciences.

4° **LES PERSÉCUTÉS ET LES PERSÉCUTEURS.** Vol. in-8° de 275 pages. Recueil de quelques articles originaux, touchant la pathologie cérébrale et mentale (1890) ; ouvrage couronné par l'Institut (*Acad. des sciences*).

5° **LES DÉLIRES MULTIPLES.** — Étude sur les coexistences de plusieurs délires vésaniques d'origine différente. — Mémoire *inédit*, couronné par la Société médico-psychologique de Paris (Prix Esquirol, 1887). — Paru dans les trois numéros de *l'Encéphale* de mai, juillet et septembre 1887.

6° **DEUX ANS DE CLINICAT A L'ASILE SAINTE-ANNE.** (Observations recueillies à la Clinique de la Faculté.) In-8° de 279 pages. 1890.

7° **LE MORPHINISME.** Vol. in-12 de 500 pages : 1890. Oct. Doin, éditeur. Ouvrage couronné par l'Institut (*Académie des sciences*).

Etc., etc., etc.

ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE ET D'HYGIÈNE SOCIALE

FOLIES PASSIONNELLES

ÉTUDES PHILOSOPHIQUES ET SOCIALES

PAR

Le Docteur Georges PICHON

Chef de Clinique de la Faculté de Paris,
Lauréat de l'Institut (Académie des sciences),
Lauréat de l'Internat
des hospices des asiles de la Seine, etc., etc.

PREMIÈRE PARTIE. — Considérations générales et philosophiques sur les conséquences funestes des **passions**. — Étude comparée sur l'importance étiologique comparée des **passions**, et sur le rôle causal trop exagéré de l'**hérédité** et de la **fatalité.**

DEUXIÈME PARTIE. — Description clinique des **folies passionnelles** les plus communes, étudiées dans leurs **causes** et leurs rapports avec l'hygiène sociale.
Paralysie générale et délire des grandeurs. — Alcoolisme et absinthisme. — Folies érotiques.

TROISIÈME PARTIE. — Des principales folies passionnelles par **intoxication.** — Chapitre Ier. De la morphinomanie. — Chapitre II. Éthéromanie, etc., etc.

PARIS
E. DENTU, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE LA SOCIÉTÉ DES GENS DE LETTRES
3, PLACE DE VALOIS (Palais-Royal)

1891

A

Mon frère et mon meilleur ami

M. FRANCIS PICHON, de Nantes.

Reçois, mon cher Francis, l'hommage de ce livre, en retour des bons conseils que tu m'as donnés autrefois, et en témoignage surtout de l'affection qui nous unit.

Paris, le 29 avril 1891.

INTRODUCTION

Les nouvelles *Études médico-psychologiques* que nous présentons aujourd'hui au lecteur ont un caractère et un but un peu différents des ouvrages que nous avons publiés jusqu'ici sur la *Psychologie morbide.* Jusqu'à présent, nous nous sommes adressé presque exclusivement à un public spécial, aux médecins et aux aliénistes ou aux personnes initiées aux questions philosophiques.

Vivement sollicité de divers côtés, et obéissant d'ailleurs à des considérations et à des préoccupations d'ordre social et utilitaire qui depuis longtemps avaient fait pénétrer la conviction dans notre esprit, nous avons pensé

qu'il y avait peut-être pour nous une indication de modifier quelque peu, au moins une fois, notre objectif. De là est née l'idée d'écrire ce livre sur les *Folies passionnelles*.

« L'opinion, reine du monde, est une reine « qui a le plus grand besoin de compléter son « éducation (1), a dit notre éminent maître, « M. le professeur Ball. » Nous savons que les données les plus fausses circulent, dans le grand public même, sur les aliénés, sur leurs maladies et surtout *leurs causes*. N'avons-nous pas vu tout récemment, à propos d'une affaire retentissante, à la Tribune française, un député émettre sur la folie et son traitement les théories les plus absurdes et les plus détestables à tous égards.

Loin de craindre ces reproches, ne doit-on pas, dans des limites déterminées, bien entendu, ne doit-on pas quelquefois regarder

(1) *Encéphale*, p. 514 (1888).

comme un devoir strict du médecin *aliéniste* d'éclairer les magistrats, les membres du barreau, les journalistes, et même les gens du monde, sur certaines questions de la Folie, dont la notion juste est du plus haut intérêt social?

Bien plus, comme nous le dirons plus loin, « pour combattre efficacement certaines opi- « nions en cours, des plus désastreuses, nous « avons pensé qu'il y avait pour nous une « véritable obligation à faire, dans l'espèce, « œuvre de vulgarisation en même temps « qu'œuvre scientifique. » Et nous entendons ici l'expression de vulgarisation dans un sens bien défini. Nous sommes en effet opposé à la vulgarisation des doctrines médicales en général, parce que nous la croyons au moins dangereuse, puisqu'elle peut s'adresser à des esprits inexpérimentés et trop insuffisamment préparés, lorsque nous ne la trouvons pas

indigne au point de vue professionnel, quand elle cherche à flatter de mauvais penchants, ou à aiguiser chez le lecteur en éveil une curiosité malsaine, et dans tous les cas improductive.

Mais quand il s'agit de prévenir des dangers que le médecin seul peut discerner, quand il s'agit d'éclairer une certaine catégorie de lecteurs même étrangers à la médecine, en un mot quand le but visé n'a qu'un objectif, l'intérêt immédiat du plus grand nombre, cette vulgarisation est plus qu'un droit, elle est un devoir.

15 février 1891.

Dr G. Pichon.

FOLIES PASSIONNELLES

PREMIÈRE PARTIE

DES FOLIES PASSIONNELLES EN GÉNÉRAL

CHAPITRE PREMIER

DES FOLIES *passionnelles;* LEUR RAISON D'ÊTRE. — NÉCESSITÉ DE COMPRENDRE CE NOUVEAU GROUPE MORBIDE ET DE LUI RÉSERVER UN CADRE MIEUX DÉTERMINÉ DANS LES CLASSIFICATIONS ÉTIOLOGIQUES DE LA FOLIE.

Que devons-nous entendre par *folies passionnelles*? Y a-t-il dans cette expression un sens défini, une signification précise, convenue? Est-ce là une signification connue, admise par l'unanimité ou même la majorité des psycho-

logues ? Devons-nous voir là le cadre de déviations psychologiques classées définitivement ? Devons-nous par là comprendre un certain nombre de modalités morbides décrites par les aliénistes et rangées, par les spécialistes et les psychiâtres parmi les affections déjà si nombreuses auxquelles sont exposées les facultés mentales de l'homme ? Telle est la question qui se pose naturellement à l'esprit du lecteur en voyant en tête de ces pages le titre que nous avons adopté. Nous devons dire qu'elle est d'autant plus naturelle qu'il y a là une dénomination nouvelle qui effectivement ne se trouve pas dans la terminologie ordinaire de la Psychologie morbide.

Non pas que les troubles mentaux en question, que les *folies* que nous appelons *passionnelles* ne soient pas connues, n'aient pas été déjà décrites par les psychiâtres français et étrangers ; non pas que ces aberrations n'aient pas été classées par certains auteurs, sinon dans les traités classiques, du moins dans quelques revues, dans quelques monographies publiées récemment, au moins pour la plupart d'entre elles, car pour quelques-unes en France, c'est

à peine si, ces dernières années, de rares publications, et tout à fait spéciales, ont donné un aperçu sommaire. Et il ne pouvait en être autrement, puisque les cas jusqu'alors observés étaient très restreints et très peu connus et qu'une étude basée sur un si petit nombre de faits ne pouvait pas arriver jusqu'au public. Mais même parmi les médecins ces notions ne dépassaient pas un petit cercle très restreint d'observateurs privilégiés vivant dans un milieu spécial, où l'on pouvait étudier une catégorie d'*anormaux* au moins, et qui n'était accessible qu'à des écrivains *spéciaux*, ayant des fonctions *spéciales*, un rôle *spécial*, au sens le plus strict du mot.

Nous avons eu la bonne fortune d'être du nombre de ces observateurs privilégiés. Nous avons pu, grâce à nos fonctions officielles de médecin traitant, de médecin aliéniste, approcher un grand nombre d'aliénés, un grand nombre de ces malheureux déshérités de l'intelligence. Je puis même dire que tous les malades confiés à mes soins rentraient dans cette catégorie, puisque l'asile Sainte-Anne, où j'ai puisé toutes mes observations et où j'ai pu-

pendant de longues années me consacrer à l'étude de la psychologie morbide, ne recevait les malades que sur la présentation d'un certificat médical d'aliénation. Bien plus, de par les attributions et les obligations imposées en France aux médecins aliénistes des asiles d'aliénés, à l'inverse des règlements suivis dans les hôpitaux ordinaires, nous avons, pendant ce long laps de temps, vécu pour ainsi dire côte à côte avec ces malheureux déshérités de l'esprit, circonstance éminemment favorable à l'examen attentif des déviations psychologiques de toutes sortes, des troubles mentaux si complexes auxquels est exposée l'intelligence humaine.

Car si, à l'état normal, l'étude des facultés mentales et l'analyse des rouages si compliqués qui les mettent en action sont des plus délicates et des plus difficiles en raison de leur multiplicité, en raison surtout de l'imperfection de nos moyens d'investigation, nous avons au moins à notre disposition pour nous aider, un atout puissant, la conservation chez le sujet sain, dans une intelligence normale, la conservation de la faculté syllogistique. Nous avons là un guide puissant, un point de repère sûr, dans

le dédale des facultés intellectuelles, et qui permet à chaque instant à l'observateur de se remettre dans le droit chemin, s'il a fait fausse route un instant. Mais, lorsque cet état normal, pour des causes multiples à l'infini, a fait place à l'état d'insanité, lorsque l'intelligence humaine a sombré dans un naufrage plus ou moins complet, les débris qui surnagent ont subi à la suite de cet orage cérébral un tel choc, de telles modifications, que c'est à peine si, dans ces débris, on peut reconnaître un reliquat des facultés mentales naguère si brillantes, que c'est à peine si l'esprit le plus attentif peut arriver à discerner même l'ombre d'une intelligence, désormais frappée à mort. Il est facile de comprendre que, dans de pareilles conditions, l'œil même le plus exercé, l'attention la plus éveillée, ne pourra jamais, au premier examen, arriver à se reconnaître comme à l'état de sanité, ne pourra jamais parvenir, comme tout à l'heure, à analyser des phénomènes psychologiques, qui ne sont plus reliés les uns aux autres, auxquels il manque les chaînons principaux qui permettent de les suivre à l'état naturel et de les comprendre, auxquels, en résumé, manque la

faculté syllogistique, caractère négatif de la *folie*.

On comprend qu'en cet état de choses, il ne suffise plus, comme dans une affection ordinaire, comme pour un mal physique, de se livrer à un examen superficiel, passager. Pour comprendre l'aliéné, pour pouvoir analyser les phénomènes mentaux qu'il présente, il faut l'interroger longuement ; souvent il faut savoir gagner sa confiance, pour qu'il donne libre cours à son délire. Il faut, en un mot, vivre avec lui, je dirai presque vivre de sa vie. C'est alors que peu à peu on arrive à le gagner, à voir clair dans une affection qui, dès l'abord, paraissait un véritable chaos, sans cadre, sans signification nosologique d'aucune sorte.

Or, ces conditions tout à fait spéciales, on peut même dire nécessaires pour toute observation psychologique vraie, se trouvent admirablement réalisées dans les obligations professionnelles auxquelles est assujetti tout médecin dans les milieux d'aliénés. J'ajouterai sans crainte d'être démenti qu'il se trouve de par la loi de 1838, être seul placé dans ces conditions, seul à même de pouvoir étudier et *suivre* l'aliéné, c'est-à-dire seul à même de pouvoir mener à

bien l'étude si délicate des déviations morbides. Les hasards de la vie médicale et l'aléa des concours nous ont permis, comme nous le disions plus haut, de pouvoir, pendant de longues années, comme auxiliaire d'abord, puis comme medecin responsable, de pouvoir observer et nous livrer à ces études si captivantes concernant la psychologie morbide, et auxquelles nous avons depuis consacré tout notre temps, toute notre activité.

Nous avons ainsi pu mettre à profit une ample moisson de faits et voir bien des formes mentales, bien des variétés de psychoses vers lesquelles notre esprit avait été depuis longtemps attiré sans pouvoir, en nombre suffisant, trouver des matériaux pour notre travail, c'est-à-dire des observations, des faits cliniques, sans lesquels toute étude de psychologie morbide est dès le principe frappée de stérilité.

Non seulement le milieu où nous avons pris l'idée et puisé les bases de notre étude présentait les conditions les plus favorables pour la mener à bien et triompher des difficultés matérielles qui se dressaient devant nous, mais les hasards de la clinique, nous devons l'avouer,

nous ont toujours favorisé de la façon la plus heureuse, la plus inattendue. Nous avons eu la bonne fortune, en effet, au moment où nous abordions l'étude de certaines formes mentales, attiré par la présence dans notre service d'un cas des plus intéressants ayant trait à l'objectif que nous poursuivions, nous avons toujours eu la chance de voir les cas du même genre se présenter alors en nombre inespéré. Alors surtout que nos investigations se sont portées sur certaines formes mentales très peu étudiées, précisément parce qu'elles ne se présentaient que très rarement à l'étude des observateurs.

C'est ainsi qu'est née dans notre esprit l'idée d'entreprendre une description sommaire de certaines formes mentales auxquelles nous avions remarqué une *communauté d'origine* des plus nettes. Bien des fois, en examinant et en interrogeant ces malades qui nous occuperont tout à l'heure, nous avions été frappé, d'abord des symptômes tout à fait particuliers que présentait leur état mental, et surtout des traits communs qui les unissaient en considérant le mal dans sa cause, l'état passionnel.

CHAPITRE I

DES FUNESTES EFFETS DES DONNÉES ÉTIOLOGIQUES EN COURS SUR LA FOLIE. — DES CONSÉQUENCES DÉPLORABLES AU POINT DE VUE SOCIAL DES IDÉES FATALISTES ACTUELLES SUR LES CAUSES DE LA FOLIE.

Nous tenons à bien préciser ici le but que nous nous proposons. Nous n'avons nullement la prétention de décrire de nouvelles modalités psychologiques. Seulement, depuis longtemps, nous avions remarqué un fait clinique intéressant. Depuis longtemps l'observation attentive des malades avait affermi cette opinion *que l'on a peut-être trop exagéré le rôle de la fatalité dans l'étiologie de la folie.*

Nous avons recueilli des faits; après les avoir

analysés avec le plus grand soin, nous les avons pesés et mis en parallèle les observations positives et négatives.

On sait, en effet, l'importance du rôle que l'on a fait jouer à l'hérédité considérée comme cause de la folie. Certains aliénistes ont été si loin même qu'ils en ont fait l'unique cause des affections mentales.

Sans entrer dans la discussion de cette opinion, ce qui nous mènerait trop loin, nous ne craignons pas, en nous appuyant sur notre expérience personnelle, d'affirmer que nous la croyons en désaccord absolu avec l'observation attentive des faits. Loin de nous, bien entendu, l'idée de nier son importance étiologique : nier l'hérédité comme cause dans certaines psychopathies serait aussi absurde que nier la clarté du jour. Nous avons trop souvent, en remontant dans la vie des aliénés, nous avons trop souvent trouvé une tare héréditaire dans leur ascendance pour refuser d'admettre qu'elle y joue un rôle réel, un rôle prépondérant. C'est ce rôle que des maîtres comme Morel, comme Lucas, comme Moreau, de Tours, ont trop bien mis en lumière, trop bien démontré pour que nous songions un seul

instant à chercher à en diminuer l'importance.

Mais, malheureusement pour la vérité scientifique, quelques auteurs ont été beaucoup plus loin, beaucoup trop loin. Et dans ces dernières années, cette tendance était si marquée qu'on a été jusqu'à prétendre qu'en remontant dans le passé d'un aliéné, en étudiant rigoureusement son ascendance, on *devait* toujours trouver cette *tare héréditaire* à la base de toutes les vésanies. On a été si loin même, que pour une classe de psychopathies cependant bien spéciales, les *folies toxiques*, on a été jusqu'à faire jouer le rôle prépondérant à l'hérédité dans leur étiologie. C'est en effet pour cette classe de folies qu'on a avancé cette hérésie que la *passion* était un facteur éliologique de deuxième ordre, devant absolument disparaître devant le premier !

Or, nous voyons dans cette tendance non seulement une erreur scientifique, mais nous affirmons sans crainte qu'il y aurait là, dans cette manière de voir, si elle était admise par le corps médical et répandue dans le public, une cause des plus actives de démoralisation, que cette opinion serait la source des plus graves

conséquences au point de vue des notions de morale les plus élémentaires. — Ne serait-ce pas là en effet, ressusciter les doctrines étiologiques surannées, enseignées autrefois par les anciens psychiâtres allemands, à propos des causes de la folie, qu'ils regardaient comme un mal venu du ciel? Ne serait-ce pas, dans un autre ordre d'idées, accorder une importance capitale à la fatalité, et donner droit de cité dans la science au fatalisme? Nous croyons pouvoir répondre, sans crainte d'être trompé, que cette supposition est au moins très vraisemblable.

Et s'il n'y avait encore là que la crainte de voir s'implanter une erreur scientifique, voire même une doctrine philosophique que nous estimons fausse en tous points, il n'y aurait que demi-mal. Mais il en pourrait résulter au point de vue pratique, et nous n'envisageons ici que le côté médical pur de la question, nous ne raisonnons que comme médecin praticien, il pourrait en découler dans le traitement moral de la folie, les conséquence les plus graves. — Ceci mérite explication.

Comment l'aliéniste, comment le praticien

pourrait-il espérer conserver auprès du malade, auprès de son entourage surtout l'autorité, l'empire si vrai et en même temps si nécessaire, je dirai même absolument indispensable, pour mener à bien le traitement de toute affection mentale ? On sait, en effet, que contrairement au mal physique, la thérapeutique ordinaire ne joue qu'un rôle secondaire en psychologie médicale où elle est remplacé par le *traitement moral*, qui fait la base de toute la modification en médecine mentale, et qui donne quelquefois les résultats les plus heureux et les plus inespérés. — Et ici il m'importe beaucoup de faire remarquer qu'à notre époque les médecins aliénistes ne donnent pas à cette expression (traitement moral) le sens que les anciens psychiâtres lui réservaient exclusivement. On sait, en effet, que Leuret, un psychologue des plus distingués néanmoins, et le grand initiateur, l'inventeur même du traitement moral, qui pendant une vingtaine d'années (de 1830 de 1850 au moins) fut adopté dans les asiles, on sait que Leuret, qui était alors médecin de Bicêtre, où il pratiquait en grand sa médication, lui donnait alors une signification diamétralement opposée à

celle qu'on lui donne de nos jours et qui est universellement admise. Cette manière de procéder consitait à mettre l'aliéné dans la majorité des cas sous la douche ; on l'y laissait jusqu'à ce que, vaincu par la douleur, vaincu par le froid, il eût cédé aux objurgations du médecin, jusqu'à ce qu'il eût avoué la fausseté de ses interprétations délirantes, jusqu'à ce que l'excès de ses souffrances lui eût arraché l'aveu que son délire n'avait aucun fondement. On eut vite compris, quand les causes de la folie commencèrent peu à peu à être mieux connues, quand surtout les grands travaux sur la paralysie générale sortis tout entiers de l'École française, eurent démontré qu'elle avait toujours pour cause une lésion physique déterminée de l'écorce cérébrale, on eut vite compris et abandonné un traitement aussi barbare et d'autant plus inutile qu'il était souvent en contradiction absolue avec les nouvelles données scientifiques sur les causes immédiates de la folie. — Que pouvait en effet produire en pareil cas chez l'aliéné, cette méthode basée sur la conservation de la faculté syllogistique, qui chez lui n'existe plus, puisque sa disparition marque précisément le

premier trait de la folie? Quels résultats pouvait-on espérer de ce traitement moral basé sur la persuasion, sur le raisonnement, alors que les troubles intellectuels ont souvent pour base une lésion physique progressive plus ou moins tangible ?

Aussi n'est-ce plus le sens que les aliénistes donnent actuellement à cette expression de traitement moral, diamétralement opposé à l'ancien. De nos jours, le traitement moral consiste, en exceptant bien entendu les affections à lésions physiques et surtout progressives, déterminées contre la paralysie générale, dans l'emploi chez l'aliéné de tout un système de moyens nouveaux ayant pour caractère saillant d'être basés sur la douceur. Il ne présente pas, bien entendu, de règle fixe, et varie non seulement avec les maladies, mais avec les malades. Il diffère ainsi considérablement du traitement de Leuret, en ce que la plupart des médecins comme nous le disions tout à l'heure, tenant compte de la perte du raisonnement dans la folie, cherchent surtout à gagner la confiance de l'aliéné, en le traitant avec douceur, bien plus qu'en le fatiguant de raisons le plus souvent inutiles.

Il faut avant tout et c'est la base de tout traitement moral rationnel, arriver peu à peu et par l'emploi des moyens doux, basés sur une véritable affection envers ces malheureux déshérités de l'intelligence, il faut surtout que le médecin, faisant appel à tout son dévouement, à cette abnégation professionnelle qui fait la force et l'honneur de la vraie science, c'est-à-dire en fin de compte l'art de guérir. Tous ses efforts doivent tendre à ce seul but et arrivent peu à peu à substituer pour ainsi dire sa volonté propre à celle de l'aliéné. On conçoit facilement que dans ces conditions bien spéciales à la thérapeutique de la folie, la tâche du praticien soit moins facile que pour les maladies physiques, qui ne demandent qu'un diagnostic sûr, duquel découlera le plus naturellement du monde le traitement approprié. Autre chose est la marche à suivre, autre chose est la difficulté dans le choix des agents à employer, de leur variété et de leur complexité, autre chose, en résumé, est chez l'aliéné la tâche qui incombe au médecin aliéniste. La médication à suivre n'a-t-elle pas ici en effet pour base l'analyse, le diagnostic de la forme mentale, c'est-à-

dire l'analyse de troubles psychologiques, autrement délicats et minutieux que des accidents d'ordre physique ? — Il lui faudra donc, en dehors de cette patience que nous regardions à l'instant comme nécessaire, une somme de temps, de peine vraie, autrement grande. — Or, toutes ces conditions morales et matérielles, si indispensables en aliénation mentale, ne sont-elles pas heureusement réalisées, nous aimons à le répéter encore une fois, dans les obligations professionnelles, ou mieux dans les habitudes de vie, dans les traditions inhérentes à la situation toute particulière où se trouvent dans tous les pays, les médecins d'aliénés ? — Ce qui rend relativement doux et facile le traitement et surtout le traitement moral de la folie.

Cette longue digression dont nous demandons pardon au lecteur était absolument nécessaire pour arriver à bien comprendre et la nécessité, et l'efficacité unanimement reconnues du vrai traitement moral. Il fallait surtout, pour se bien pénétrer de cette efficacité, la définir suffisamment, en expliquer la pathogénie et le mode d'action non seulement pour éviter une confusion possible et fréquente, *mais pour bien saisir*

les conditions requises pour ne pas rendre illusoires les efforts pratiqués en vue de la guérison.

Or, ce traitement moral dont nous avons à dessein décrit si minutieusement les caractères, ne serait-il pas dès les premières tentatives frappé de stérilité absolue, si l'opinion que nous développons quelques pages plus haut était admise définitivement? Cette médication si heureuse dans certains cas aurait-elle quelque valeur, si l'hypothèse étiologique qui fait de l'hérédité la base de toute folie avait libre cours? Tous nos soins, toutes nos peines ne seraient-elles pas appelées à échouer misérablement, si cette croyance arrivait à avoir force de loi?

L'hérédité n'est-elle pas une cause qui échappe à tous nos moyens d'action, c'est-à-dire, par une suite de déductions logiques, l'hérédité considérée ainsi comme l'unique source de la folie ne devient-elle pas synonyme de *fatalité?*

Comment en effet songer à lutter contre une cause dont nous sommes impuissants à empêcher les effets, puisque cette cause ne peut être

modifiée en aucune façon, puisquelle échappe à tous nos moyens, puisqu'elle est en quelque sorte fatale et nécessaire?

Est-il besoin, après cela, d'insister davantage sur les conséquences désastreuses qui découlent tout naturellement des développements qui précédent? Et on nous les pardonnera certainement, si l'on songe que dans ces dernières années des aliénistes éminents et par leurs travaux et par leur situation se sont faits les défenseurs de ces théories étiologiques que nous combattons; d'autant plus que leurs élèves ont encore de la tendance à exagérer ce rôle de l'hérédité, et, là où la plus scrupuleuse analyse ne décèle aucune tare héréditaire, à l'accuser encore au moins comme facteur nécessaire.

Et cependant, il est facile de voir que ces idées étiologiques si exclusives n'aboutissent à rien moins qu'à paralyser et à rendre infructueux tous les essais de guérison. Car, comme nous l'avancions plus haut *a priori*, comment convaincre un aliéné, comment persuader son entourage, comment même se convaincre soi-même, alors surtout que les premiers troubles

mentaux se manifestent, alors que l'on pourrait seulement arriver à quelques résultats, comment se convaincre qu'il est possible de prévenir une marche en avant, qu'il est possible de faire rétrocéder même un mal quelconque, alors que vous n'avez aucun empire, alors que vous êtes absolument désarmé, en présence d'une indication causale illusoire? si l'on sait surtout que la base de toute thérapeutique repose avant tout sur la possibilité d'atteindre, ou au moins de modifier et d'atténuer la cause du mal : *sublata causa, tollitur effectus,* dit en effet l'adage latin, également vrai en psychiâtrie.

Eh bien, nous croyons précisément avoir démontré que ces idées sur les causes de la folie étaient funestes, qu'elles étaient détestables dans leurs résultats au point de vue du traitement, qu'elles sont marquées au coin de la stérilité absolue.

Dès les premiers pas, l'aliéné paraît voué par là même à l'incurabilité, sans soutien, sans espoir jusqu'à la terminaison fatale. Nous croyons avoir montré que, par la force même des choses, l'aliéné, dans ces conditions, après

avoir vu sombrer son intelligence dans le plus terrible des naufrages, avait perdu dès le début l'espoir de voir se tendre vers lui une main secourable.

C'est qu'en effet il reste bien seul et condamné sans appel, n'ayant même pas, dans ces intervalles si fréquents et si nets et si épouvantables de lucidité qui traverseront sa folie, n'ayant même pas la faible consolation donnée à tant de malades, de se dire qu'il ont mérité le mal qui les a frappés. Ils se sentent alors d'autant plus terriblement éprouvés, qu'il vient chez eux s'y ajouter une obsession des plus angoissantes, revenant à chaque instant hanter leur esprit, ne leur laissant aucun répit; ils se sentent d'autant plus malheureux que cette fatalité dans l'origine de leur état menace également leur descendance. Et nous avons nous-même bien souvent entendu ces plaintes dans la bouche de nos malades. Peut-on voir, nous disent-ils alors, une infortune égale à la nôtre? Si encore « nous étions seuls à souffrir du plus grand malheur qui peut arriver à un homme! mais ces enfants que nous aimons plus que nous-mêmes, qui n'ont jamais rien fait à la

société, qui nous ont toujours témoigné la plus vive affection, mais ces pauvres enfants que nous ont-ils fait, pour avoir constamment suspendue sur leur tête cette épée de Damoclès? »

En effet, qu'ont-ils fait à leurs parents pour que le destin injuste leur réserve le même sort à une échéance plus ou moins lointaine, mais inéluctable? Qu'ont-ils fait pour être frappés aussi impitoyablement, pour être marqués ainsi dès leur naissance du sceau fatal de la folie? Il y a là, en effet, on le comprend sans peine, une injustice des plus criantes. Il y a dans ces données étiologiques impitoyables un caractère empreint d'une fatalité implacable. Nous dirons même que si elles arrivaient à s'implanter définitivement en médecine, il en résulterait dans les milieux spéciaux, aussi bien que dans les familles, une apathie, une indifférence des plus regrettables au point de vue de l'intérêt des malheureux aliénés.

Qu'aurions nous en effet, dans le traitement de la folie, à faire autre chose qu'à nous croiser les bras? Et, alternative bien plus grave encore, consultés par les familles apeurées par

une tare héréditaire d'un parent, consultés, comme le cas est fréquent, sur les moyens prophylactiques propres à détourner ou à retarder le fléau, qu'aurions-nous, dans cette décevante hypothèse, à conseiller aux intéressés? Le médecin n'est-il pas alors dans la triste nécessité de se retrancher derrière son impuissance absolue et de laisser entendre que l'échéance est fatale?

Et encore si l'homme de l'art était seul à connaître, à peser et à mesurer, dans cette sombre alternative, toute l'étendue du mal; mais il n'en est malheureusement pas ainsi.

La psychologie morbide, depuis un certain nombre d'années, par l'intérêt captivant qui s'attache aux problèmes passionnels qu'elle soulève, est devenue l'étude favorite de plus d'un psychologue étranger à la médecine.

En dehors des magistrats et des juristes qu'un grand nombre de procès retentissants forcent à s'en occuper, bien des écrivains, bien des personnes, y voyant la base d'une philosophie plus sûre, s'y sont adonnés avec goût. Il en est résulté que depuis une vingtaine d'années, les études mentales ont pénétré peu

à peu dans le grand public, du moins dans une certaine limite. Et, malheureusement les idées qui intéressaient à un si haut degré et si directement l'avenir de tant de familles, ces opinions consacrant pour ainsi dire ce que nous ne craignons pas d'appeler le *fatalisme médical*, ces théories défendues par surcroît au début du moins par les plus grands noms de la spécialité, ne devaient pas tarder à être portées aux quatre coins du monde. Et cela, non seulement parce qu'elles soulèvent une des questions les plus intéressantes au point de vue de l'avenir de la race et des problèmes secondaires qui s'y rattachent (abâtardissement de la descendance, dépopulation, etc., etc.), mais surtout parce qu'elles tendent à jeter l'émoi dans les familles, et que tout le monde sait avec quelle rapidité se répandent les doctrines pessimistes.

Et bien des fois il nous a été donné de constater la vérité des faits que nous énonçons. Bien des fois, sans avoir été appelé à donner notre avis, nous avons été péniblement surpris de l'état d'esprit qui règne dans certaines familles, créé sans nul doute par la

connaissance des doctrines en question. Un parent à été frappé. Nul doute que pareil malheur ne vienne frapper à tour de rôle les autres membres. — Et l'on ne peut s'imaginer quelles difficultés le médecin trouve sur ses pas s'il veut réagir contre ce pessimisme, et relever les courages autour de lui.

A quoi bon essayer une tentative de traitement chez cet aliéné? C'est tout au plus si on songe à le faire interner. Mais alors, qu'on se pénètre bien de cette vérité : neuf fois sur dix l'entourage du malade qui vous aura fait appeler ne vous demandera pas sa séquestration, dans l'espoir qu'il pourra en retirer quelque bénéfice ; mais, circonstance bien regrettable au point de vue des chances de guérison, qui diminuent alors considérablement, vous ne serez souvent appelé que bien des semaines après le début de la maladie, lorsqu'il deviendra violent et dangereux. Et ce qu'on vous demandera alors, ce ne seront pas même les chances de curabilité qui pourraient résulter de son transfert dans une maison de santé, mais on vous suppliera avant tout de le mettre ainsi dans l'impossibilité de nuire. — Si quelquefois

nous sommes arrivé à convaincre ces malheureux de la fausseté de leur manière de voir, bien des fois, hélas! nous nous sommes heurté à une idée fixe que rien ne pouvait déraciner.

Et cependant les cas auxquels nous faisons allusion en ce moment n'étaient pas tous voués à l'incurabilité certaine, ne légitimaient pas tous, loin de là, ces prévisions si pessimistes et si regrettables à tous égards. Plusieurs fois, au contraire, il s'agissait d'affections mentales curables, de maladies mentales n'ayant pas au moins leurs racines dans l'hérédité, et purement *acquises*. Assez souvent nous nous trouvions en présence d'un orage cérébral passager, où d'un trouble mental contracté accidentellement, en dehors de toute influence héréditaire et n'engageant nullement ni les collatéraux ni la descendance.

Nous pourrions, à ce propos, citer bien des exemples, bien des observations puisées dans notre pratique médicale. Le cadre et le but de ce livre ne nous permettent pas d'en citer ici. Mais dans le chapitre suivant nous montrerons comment ces lois sur les causes et la fatalité de la folie sont loin d'être aussi générales

qu'on l'a dit; on verra combien d'affections mentales leur sont étrangères, sont simplement acquises, produites bien souvent alors par des passions que le malade n'a pas su combattre, On verra alors combien ces maladies, que nous réunissons à dessein sous le nom de *folies passionnelles*, tiennent peu à l'hérédité, c'est-à-dire à la fatalité. On comprendra surtout par là même, hypothèse autrement consolante, quel rôle bienfaisant peuvent jouer alors le médecin, aussi bien que l'entourage en donnant des conseils appropriés. Enfin nous espérons prouver que, contrairement aux idées en cours, si la folie est inavrable quelquefois, bien souvent au moins on a la consolation grande de pouvoir affirmer que les autres membres de la famille ne la subiront pas, et n'ont aucune raison d'encourir le mal terrible d'un parent, mal qui n'aurait du reste jamais frappé le malade en question, si celui-ci ne l'avait pas pour ainsi dire provoqué.

C'est précisément parce que nous avons trop souvent assisté à ces scènes de désolation, de désespoir même, c'est parce nous avons été à même de constater trop souvent les effets fu-

nestes de ces croyances sur la fatalité de la folie (tant au point de vue de ses causes que de ses effets nécessaires et de son contre-coup fatal sur toute la descendance), c'est enfin parce que depuis longtemps nous nous sommes convaincu qu'elles avaient pénétré peu à peu dans tous les milieux sociaux, que nous avons résolu de les combattre.

Or pour les combattre efficacement nous avons pensé qu'il était de notre devoir de faire œuvre de vulgarisation — nous entendons ici l'expression de *vulgarisation* dans un sens tout à fait spécial. — Nous sommes en effet opposé en principe à la diffusion des doctrines médicales en général, parce que nous la croyons au moins dangereuse quand elle peut s'adresser à des esprits inexpérimentés et trop insuffisamment préparés ; et nous la trouvons indigne au point de vue professionnel quand elle cherche à flatter de mauvais penchants ou à aiguiser chez le lecteur en éveil une curiosité malsaine et dans tous les cas improductive. Mais quand il s'agit de prévenir des dangers que le médecin a pu discerner, quand il s'agit d'éclairer une certaine catégorie de lecteurs même étrangers à la médecine

sur la fausseté et les conséquences funestes d'opinions admises par tous, quand le but visé a exclusivement pour objectif l'intérêt immédiat de toute une classe de lecteurs, cette vulgarisation est plus qu'un droit, elle devient un devoir.

Sans empiéter sur les chapitres suivants, nous demandons la permission de citer seulement un exemple qui nous a surtout frappé et qui nous tient encore sous l'empire d'une véritable émotion. Un homme éminent sous le rapport de l'intelligence aussi bien que de l'austérité des mœurs, venait ces jours derniers nous consulter sur un accès de paralysie générale qui venait de frapper son fils aîné. Ce qui augmentait encore la douleur du malheureux père, c'était sa conviction intime que non seulement il était la cause du mal qui venait de frapper son fils, celui-ci succombant à une tare héréditaire, mais que tous ses autres enfants étaient voués à la même fatalité. — Et cependant, dans l'espèce, il s'agissait d'une forme mentale absolument acquise, ne présentant ni de loin ni de près aucune relation de causalité avec l'hérédité, au point que sur des centaines de paralytiques gé-

néraux que nous avons observés, nous n'avons jamais trouvé un cas bien caractérisé ayant une origine héréditaire! Cette considération n'enlevait pas, hélas! les caractères de gravité de cette affreuse maladie, à évolution progressive, et qui fait tant de ravages dans les grands centres intellectuels et surtout à Paris. Mais le coup qui frappait ce malheureux vieillard n'était-il pas rendu cent fois plus terrible par cette conviction que la folie de son enfant remontait à sa naissance? Et, dès lors, il ne voyait là que le premier pas vers ce calvaire douloureux dont les étapes marquées par la mort cérébrale de tous ses autres fils, devaient se prolonger jusqu'à sa mort à lui. Et cependant nous avions en présence de nous un homme bien au-dessus de la moyenne par l'intelligence, par l'instruction générale et par le jugement. Aussi nous nous rappellerons toute notre vie l'expression de *satisfaction morale* indicible, au milieu d'un si grand malheur, qu'il manifesta lorsque, convaincu par les développements énoncés plus haut et résumés brièvement devant lui, il vit nettement par dessus toute chose qu'il n'avait pas à rougir de ses parents. Il comprit surtout, que lui-même

n'avait transmis aux siens aucune tare héréditaire, tare dont le premier échelon est si souvent une explosion de débauches. C'est bien là quelque chose.

Nous avons choisi à dessein comme unique exemple un cas de paralysie générale, parce que l'observation journalière montre que cette affection, considérée dans ses causes, défend le mieux notre manière de voir; c'est aussi à dessein que nous avons pris comme type un homme intelligent, parce que à fortiori on comprendra mieux dès lors avec quelle facilité ces idées fatalistes sur les causes de la folie ont dû gagner les milieux sociaux moins élevés.

Mais dès à présent nous tenons à redire que bien d'autres formes mentales que la paralysie générale n'ont aucun rapport avec l'idée de causalité fatale et nécessaire. Bien d'autres déviations psychologiques, et nous nous appuyons ici sur une longue étude et de patientes recherches faites dans ce sens, ne présentent aucune relation de cause à effet avec l'hérédité, c'est-à-dire avec la fatalité.

Et c'est sur ce côté de la psychologie morbide si important au point de vue philosophique,

c'est sur cette question des *causes acquises* de la folie, si importante au point de vue pratique et social même, que nous nous placerons dans tout le cours de ce livre. Nous avons vu là depuis longtemps un danger vrai que nous croyons devoir combattre par tous les moyens en notre pouvoir, sans croire, en raison du but que nous nous proposons, qu'aucun d'eux pût paraître par principe ou par préjugé indigne du médecin. Or nous croyons que les conférences, que les sociétés dites de tempérance ou autres, ne peuvent s'adresser qu'à une infime minorité, et le livre nous a paru encore être le meilleur moyen d'enseignement, de vulgarisation et de moralisation.

Car, le lecteur l'a déjà compris, en faisant le plan de ce livre nous n'avons jamais eu l'intention de décrire un nouveau groupe; c'est tout au plus si nous avons eu l'intention de décrire quelques types nouveaux de *folies passionnelles*, en raison surtout de leur actualité et de leurs caractères.

Comme notre titre l'indique, nous avons surtout eu pour but :

1° D'insister sur les *causes* de certaines

folies, causes qui nous ont fait leur donner un nom spécial, nous proposant surtout d'insister sur la fréquence relative des *cas acquis*, et sur l'exagération si regrettable des données étiologiques actuelles sur l'hérédité;

2° De décrire les principales de ces *folies passionnelles*, nous réservant moins d'être complet dans cette description qui a déjà été faite par nous ou sera faite plus complètement à propos de chaque variété, que d'insister surtout sur les plus répandues, les plus dangereuses, parce qu'elles montrent mieux la part considérable afférente aux passions, à l'état passionnel, aux causes purement acquises en un mot;

3° D'insister chemin faisant surtout sur cette notion d'états *acquis*, et de montrer quel rôle joue dans ces affections la *volonté*, contrairement aux idées en cours sur le rôle étiologique presque exclusif de la fatalité;

Et partant, comme conclusion, et ce sera là surtout le but essentiel, presque unique, auquel tendront tous nos efforts, de donner pour chaque forme le traitement, c'est-à-dire le moyen d'enrayer le mal ou de le guérir s'il en est temps encore.

On comprendra sans peine combien notre tâche sera rendue facile, par cette conviction intime qui nous a pénétré depuis longtemps, que les états en question sont absolument acquis, et que dès lors ils ressortissent à une thérapeutique efficace.

Mais avant d'entreprendre chacune de ces descriptions en détail, comme nous voulons auparavant gagner le lecteur et lui faire partager toute notre conviction, nous demandons la permission, dans un second chapitre, plus brièvement cette fois, après avoir démontré ici les funestes effets des doctrines fatalistes en psychiatrie, nous lui demandons d'en démontrer la fausseté, ou au moins l'exagération. Ces considérations d'ordre général et philosophique sont nécessaires.

CHAPITRE III

ROLE ÉTIOLOGIQUE DE L'HÉRÉDITÉ DANS LA GENÈSE DE LA FOLIE. — EXAGÉRATIONS DE CERTAINES ÉCOLES. — PART CONSIDÉRABLE RÉSERVÉE DANS LES CAUSES DE BEAUCOUP DE FORMES MENTALES AUX FACTEURS EXTRA-HÉRÉDITAIRES QUE NOUS ENGLOBONS SOUS LE NOM GÉNÉRIQUE DE « *états passionnels* ».

Avant d'aborder cette étude basée sur l'observation journalière d'un grand nombre de malades, c'est-à-dire sur la méthode scientifique la plus rigoureuse, nous tenons à bien préciser le sens que nous donnons à cette expression « états passionnels ». D'abord nous, nous empressons d'avouer, dès à présent, que nous prenons cette dénomination dans son

sens le plus simple, le plus général, nous dirons même le plus *terre à terre*, pour enlever dès le début toute supposition gratuite, à voir décrire ces affections bizarres et à la mode, que le monde englobe d'ailleurs sous le nom très vague et très peu scientifique de « névroses ». — A défaut d'autre expression, et attachant dans notre esprit une importance considérable à la notion d'étiologie et à certaines idées sur les causes vraies de plusieurs formes mentales, nous avons choisi l'épithète qui nous semblait le mieux résumer par son sens générique les caractères de causalité auxquels nous attachons tant de valeur. Il nous a semblé qu'il y avait, au point de vue social, le plus grand intérêt pratique à l'adopter, pour lui faire englober toute une catégorie de variétés morbides, en apparence des plus dissemblables, des plus disparates. Il nous a semblé que le meilleur moyen de mettre une digue aux théories fatalistes et à leurs conséquences désastreuses pour l'hygiène sociale, que le véritable remède était de réunir toutes ces déviations cérébrales, présentant en réalité entre elles les plus grandes relations et reliées par

un caractère d'étroite affinité : *la parenté étiologique.*

Nous croyons en effet qu'il y a là, dans leurs rapports, un point de ressemblance beaucoup plus vrai, des liens beaucoup plus naturels qu'on ne le pense au premier abord. Cette idée sera surtout des plus fécondes dans la pratique médicale, puisqu'elle s'appuie sur la base la plus solide de toute classification et partant de toute terminologie scientifique : l'origine des maladies. N'y a-t-il pas dans les *causes* des maladies le plus sûr élément de diagnostic et surtout de traitement, et partant de guérison ?

Or, non seulement nous pouvions faire entrer en ligne de compte, pour légitimer notre qualification, des raisons d'ordre scientifique des plus sérieuses, mais nous étions surtout guidé dans notre choix par le grand intérêt que nous trouvions à réunir sous cette rubrique quelques affections, auxquelles, depuis bien des années, nous avons consacré toute notre attention de médecin, aussi bien dans les hospices d'aliénés que dans notre clientèle privée.

Nous avions pensé depuis longtemps à recueillir les faits de cet ordre qui venaient con-

firmer à chaque instant notre manière de voir. Depuis longtemps, mettant à profit les résultats de nombreuses observations, de patientes recherches faites dans ce sens, nous avions pensé que le meilleur moyen de traiter ces maladies était de trouver précisément une expression qui nous permît de les décrire comme une classe étiologique nouvelle, et de faire comprendre, par *son cachet de vérité*, quels liens puissants en réunissaient les éléments en apparence étrangers les uns aux autres.

Eh bien! nous croyons, en invoquant et en citant un nombre suffisant d'exemples cliniques des plus probants, nous croyons pouvoir légitimer pleinement le droit à l'existence de ce nouveau groupe nosologique. Et, si nous prétendons qu'il y a là des vues nouvelles, nous entendons bien qu'il ne s'agit ici que d'un nouveau cadre *étiologique*. — Mais, dans l'espèce, et nous espérons le démontrer, les exemples journaliers nous apparaissent tellement probants, tellement nets, que nous n'hésitons pas à voir, dans cette notion *étiologique*, un *facteur capital*.

Et ce facteur capital (causes) n'avait pas assez frappé les auteurs, croyons-nous ; ils ont en

effet toujours décrit les affections mentales qu'ils englobent sous des noms absolument étrangers dans des groupes très éloignés les uns des autres.

Et cependant, malgré la tradition, malgré les chemins tracés, nous n'avons pas hésité à créer un nouveau groupe étiologique, sous une rubrique qui nous a paru les réunir heureusement, et surtout pour le plus grand avantage des malheureux déshérités de l'esprit, bien des fois déjà, nous a permis d'instituer chez eux un traitement des plus féconds.

En résumé, nous voulons surtout, en créant ce nouveau groupe, attirer l'attention sur l'importance qu'il y a à lui donner une nouvelle appellation : nous avons vu là un trait d'union reliant un certain nombre d'affections mentales, étudiées jusqu'alors séparément; et nous avons voulu consacrer ainsi la communauté d'origine de plusieurs troubles mentaux, attachant précisément une grande valeur scientifique et pratique à ces caractères étiologiques communs, caractères indépendants de l'hérédité.

Non pas que nous voulions par là nier le rôle de l'hérédité dans la folie. Il faudrait n'avoir ja-

mais vu un service d'aliénés et n'avoir jamais mis les pieds dans un asile pour soutenir une pareille hérésie. Il faudrait, comme il nous a été donné de le constater, n'avoir jamais assisté à ces explosions d'atavisme qui frappent toute une lignée, pour fermer les yeux systématiquement à la vérité.

Nous avons trop souvent été à même d'en mesurer toute la valeur comme facteur *causal*, pour nous inscrire en faux contre notre propre manière de voir! Trop souvent nous avons mesuré la profondeur de l'abîme creusé dans certaines familles par les coups répétés de la fatalité héréditaire, et que notre intervention était impuissante à combler, pour en nier les effets comme agent étiologique!

Nous sommes tellement peu porté à en méconnaître la redoutable influence, que dans les ouvrages que nous avons publiés jusqu'ici sur la folie, nous avons toujours tenu à faire ressortir sa terrible importance pathogénique. Dans l'un d'eux même (1), encore sous l'influence des discussions passionnées qui avaient

(1) *Les maladies de l'esprit* (1888), in-8°, Doin, éditeur, par le Dr G. Pichon.

lieu à la Société médico-psychologique sur les Folies *héréditaires*, alors que les tendances exagérées auxquelles nous faisions allusion plus haut n'avaient pas encore eu le succès qu'elles ont aujourd'hui, dans un chapitre synthétique résumant les causes primordiales, prédisposantes de certaines formes mentales, nous avons tenu à consacrer ce rôle néfaste de l'hérédité. — Nous tenons cependant à bien faire remarquer ici, à ce propos, qu'il y a plus de quatre ans de cela, et que l'exagération de certains auteurs ne s'était pas encore manifestée avec toutes ses conséquences. — « Dans toutes les passions toxiques, disions-« nous alors, dans toutes les intoxications « (alcoolisme, absinthisme, morphinisme sur-« tout, etc., etc.), ce qu'il faut surtout recher-« cher, pour en expliquer la genèse, l'origine, « c'est avant tout l'état de déséquilibration « *héréditaire* de l'intoxiqué », c'est-à-dire d'une cause indépendante en somme du malade. — Cette opinion n'était du reste que le développement d'un autre axiome clinique bien connu et dû à un grand maître en psychiatrie, à Lasègue, qui avait consacré cette valeur

de la cause héréditaire sous cette forme pittoresque : « Ne devient pas alcoolique qui veut. »

Eh bien! mûri par une plus longue expérience, convaincu depuis par l'observation journalière et presque exclusive de beaucoup d'aliénés, nous ne répugnons nullement aujourd'hui à déclarer que nous avons modifié sensiblement notre opinion sur ce point. Frappé du rôle trop inconnu des causes *acquises*, des causes *accidentelles* étrangères à l'hérédité, convaincu de plus en plus de l'importance des facteurs étiologiques dépendant absolument de l'intéressé et surtout d'ordre *passionnel*, qui étaient autrefois réduits à une place insignifiante, nous déclarons sans arrière-pensée que, sous cette forme, notre conclusion ne s'adresse plus à *tous* les cas. — Mais s'il ne nous répugne pas de faire cet aveu (et c'est à ce titre que nous l'avons fait), il est un sûr garant que nous n'apportons dans le débat aucune acrimonie, aucune idée préconçue, aucune préoccupation personnelle : le seul mobile en effet qui nous a guidé dans la conception et le choix de ce sujet, la seule pensée qui nous guide durant tout notre travail, le seul but que nous

nous proposons, ont toujours eu chez nous pour base la conviction intime que nous défendions la vérité, ont toujours eu pour objectif surtout l'intérêt des malades.

Le lecteur verra donc facilement que nous-même, surtout autrefois, avons toujours tenu le plus grand compte de la notion d'hérédité, considérée comme une des causes de la folie; il comprendra facilement que le caractère *exclusif* des tendances étiologiques signalées plus haut était seul l'objet de la discussion soulevée ici par nous, provoquait seul l'idée bien arrêtée de nous y opposer de toutes nos forces.

C'est qu'en effet, cette tare héréditaire est bien une réalité clinique indéniable, produisant en médecine mentale des résultats cent fois plus terribles qu'en pathologie ordinaire; et nous ne voyons, hélas! aucune nécessité d'exagérer encore sa pernicieuse influence et les méfaits déjà à son actif! C'est qu'en effet il n'est pas un aliéniste qui n'ait eu à déplorer ses résultats, plus terribles même qu'en médecine nerveuse, où la famille névropathique (1)

(1) La famille névropathique. Féré, *Arch. v. Neurol.*, 1882.

se présente cependant si souvent à l'observation du neurologiste !

Pour notre part, cent fois en interrogeant les familles, cent fois en remontant le plus haut possible dans le passé de nos malades, nous avons eu à constater cette importance considérable. Cent fois elle s'est manifestée devant nous avec la plus extraordinaire précision, se retrouvant avec les mêmes caractères, la même forme, quelquefois durant toute une longue lignée d'ancêtres, sans que les siècles aient pu modifier cette épouvantable loi de la fatalité. — Les cadres de ce livre ne s'y prêtent pas, et nous ne pouvons songer à publier ici quelques observations parmi celles que nous possédons sur ce sujet. Nous comptons le faire ailleurs. Sans entrer cependant dans une description clinique complète, nous pouvons citer, simplement à titre d'exemples et non d'observations, quelques faits des plus probants.

Nous avons soigné un aliéné *mélancolique* atteint de cette variété si spéciale de la *mélancolie* que l'on connaît sous le nom de *mélancolie suicide*, c'est-à-dire d'une affection extrêmement grave. Car nous ne l'avons jamais

comme assez souvent certaines formes de *mélancolie*, comme la *mélancolie anxieuse*, qui guérit bien. — D'où, incidemment, l'importance pour le médecin, avant de porter un pronostic, de bien reconnaître la *variété* morbide qu'il a devant les yeux. — Or ce malheureux, doué d'ailleurs d'une intelligence qu'il avait conservée pleine et entière, était hanté sans cesse par l'*obsession* du suicide, que rien n'expliquait, rien ne légitimait chez lui. Riche, il semblait de plus avoir trouvé dans un mariage d'inclination toutes les conditions du bonheur le plus vrai. Il adorait sa femme et ses enfants, qui le payaient de retour et s'ingéniaient à créer autour de lui une atmosphère de bien-être matériel et moral, ce dont il se rendait absolument digne du reste. Et, caractère essentiel qui montre bien la force de la fatalité et de l'atavisme, et qui fait de cette variété mentale une affection aussi nette que terrible et ayant un cadre bien spécial, et, circonstance en apparence paradoxale, mais qui pour un aliéniste est un symptôme capital, il convenait parfaitement qu'il n'avait aucune raison de se croire malheureux; il avouait même que son

sort était des plus enviables à tous égards. — Ce qui ne l'empêchait pas de nous déclarer dix fois par jour, qu'il était trop malheureux... qu'il ne pouvait plus vivre... qu'il fallait qu'il se décidât à en finir avec une vie insupportable. A tous nos raisonnements, à toutes nos objurgations, il répondait : C'est plus fort que moi, que voulez-vous! Il faut que je me tue. « Et, « ajoutait-il, vous aurez beau faire l'impossible « pour m'en empêcher, vous aurez beau multiplier les gardiens autour de moi et employer la plus active surveillance, malgré « cependant le chagrin que j'aurai de vous « causer de la peine par ma détermination, « je vous affirme que j'arriverai *quand même* « à mes fins, je vous affirme que la camisole « de force (1) elle-même ne pourra s'opposer à « ce que j'arrive à mon suicide. » Nous savons trop, hélas, dans ces cas, la ténacité, la patience et les moyens, qui dépassent quelquefois toute imagination, pour ne pas être convaincu par ses affirmations. En effet, malgré la surveillance la plus étroite, malgré la présence d'un

(1) Il la réclamait lui-même pour échapper à ses propres tentatives.

gardien veilleur auprès de lui, et bien que vêtu de la camisole de force qui le maintenait couché sur son lit, par l'emploi de tout un système de procédés basés sur de patientes recherches, et capables de déjouer l'attention de l'observateur le plus ingénieux, et qu'il nous serait trop long et trop difficile d'expliquer ici, avec une habileté et un sang-froid extraordinaire, il parvint à démolir les propres cordes de sa camisole; et il fit tout cela bien que ses mains eussent été au préalable fixées dans deux manchons fermés en bourse et maintenues solidement aux deux pieds en fer de son lit. Enfin, après avoir réussi à fixer ces liens à la tête de son lit, il se laissa choir, le cou passé dans le nœud coulant... on le trouva ainsi pendu, sans que le moindre bruit eût attiré l'attention d'un veilleur très dévoué et prévenu, ni réveillé ses camarades que l'on avait choisis à dessein, pendu seulement à un pied du plancher de la salle!...

Eh bien! le grand intérêt qui s'attache à ce suicide et surtout aux circonstances de patience, de ténacité, de sang-froid, d'énergie sauvage et d'*intelligence* qui l'accompagèrent et le firent aboutir, malgré toute la surveillance, malgré les

difficultés les plus insurmontables, l'intérêt scientifique qui en résulte n'est rien cependant si on le compare à la nature et au caractère de la tare héréditaire qui en était l'origine. C'est qu'en effet, non seulement le terrible état morbide qui avait engendré un pareil suicide avait emprunté à l'hérédité son cachet d'épouvantable fatalité que rien ne pouvait endiguer, mais il lui avait emprunté, circonstances bien plus étonnantes encore, tous ses détails dans la *forme*, dans l'exécution, dans les préliminaires, et *jusque dans la forme même du modus faciendi* employé!

Ce malheureux suicidé avait eu en effet un père mélancolique suicidé par pendaison. Ce n'est pas tout, le père de celui-ci, atteint aussi de lypémanie suicide, s'était pendu... enfin, en remontant à la troisième génération on trouvait que l'arrière-grand-père de notre malade, poursuivi par je ne sais quel sort implacable, avait également cherché dans le même genre de mort un terme à ses indicibles tortures morales. Nos investigations s'arrêtaient là, et nous n'avions pu remonter plus haut; mais n'affirment-elles suffisamment ici la valeur cau-

sale de la tare héréditaire en médecine mentale ?

Je pourrais multiplier les exemples, dont quelques-uns ne le cèdent en aucune façon à l'observation que je viens de citer. Je me contenterai de renvoyer ici le lecteur au livre que j'invoquais tout à l'heure.

On trouvera du reste à chaque pas, dans les asiles d'aliénés, en interrogeant avec soin les familles, les effets déplorables de l'influence héréditaire.

Aussi nous nous arrêtons là dans ces citations. Mais nous avons tenu avant tout à exposer franchement l'état de la question, à montrer sans arrière-pensée l'importance de l'hérédité considérée comme cause de la folie, en invoquant l'observation clinique des malades et en nous basant sur des preuves scientifiques puisées aux meilleures sources. Nous avons, selon notre constante habitude, pour ne pas encourir le reproche de vouloir affaiblir l'argumentation adverse, nous avons tenu à ne rien cacher.

Il est donc bien entendu que, loin de nier les résultats pernicieux produits par la tare

héréditaire, nous ne faisons au contraire aucune difficulté de les affirmer énergiquement.

Mais — et c'est là que commencent maintenant nos restrictions — s'ensuit-il que l'hérédité, que la fatalité, comme ne craignent pas de l'avancer quelques auteurs, étende sa regrettable influence sur toutes les formes de la folie sans exception ? Doit-on de nos concessions conclure nécessairement que, envisagée dans une famille d'aliénés, cette cause néfaste prolonge alors ses racines dans un terrain fertile, d'où doit faire souche fatalement et à perpétuité une longue descendance de cérébaux ou de vésaniques, marqués au front dès leur naissance du sceau de la folie ?

Évidemment non. Et cependant nous ferons remarquer que ces opinions exagérées ont été soutenues récemment.

Car si on ne peut nier que certaines variétés morbides, en aliénation mentale, sont dues exclusivement à une tare héréditaire, il y en a un certain nombre, où, malgré les recherches les plus minutieuses faites dans ce sens, on ne peut, chez quelques malades, incriminer en au-

cune façon l'hérédité, sans parler des formes psychopathiques, où *jamais* son rôle ne peut être invoqué.

En effet, avec tous les aliénistes, nous admettons cette cause néfaste comme exclusive dans la *dégénérescence mentale héréditaire* par exemple, affection qui montre par sa dénomination, son importance et le rôle nécessaire qu'elle joue dans sa genèse. C'est aussi sans restriction qu'elle se manifeste dans la pathogénie de plusieurs vésanies, comme la *mélancolie suicide*, où son importance étiologique se décèle parfois si terriblement comme tout à l'heure, jusque dans le suicide (hérédité similaire); et l'on retrouve alors la similitude la plus parfaite dans le *modus faciendi*, dans toute une lignée jusqu'à la troisième ou quatrième génération. Il est inutile de faire remarquer incidemment que la gravité du pronostic en psychologie morbide est d'autant plus grande que cette influence héréditaire est plus ou moins nette, plus ou moins accentuée. Et ce n'est pas là, disons-le aussi en passant, un des moindres arguments qui nous ont depuis longtemps poussé à combattre d'une part l'exagération des auteurs qui

voudraient encore agrandir son champ d'action, et montrer par ailleurs (après avoir prouvé ce premier point) la part alors afférente aux autres facteurs étiologiques et surtout les moyens de les prévenir. Il y aurait omission regrettable si dans cette énumération succincte et rapide des psychopathies d'essence héréditaire nous oubliions le *délire des persécutions*, cette variété morbide, « *vésanigne* » par excellence, c'est-à-dire, presque toujours due à la « *tare héréditaire* », à l'hérédité. — Dans un mémoire consacré à l'étude de cette maladie mentale si terrible à tous égards, nous consacrons du reste un chapitre à ses causes, et nous donnons à l'appui de cette affirmation des chiffres statistiques qui parlent plus éloquemment que tous les développements. Nous nous contentons d'y renvoyer le lecteur (1).

Nous le répétons, nous avons fait une large part à l'hérédité, comme cause de la folie.

Aussi nous sentons-nous à l'aise maintenant, pour prouver combien en dehors des « *folies* » dues à l'hérédité, sans conteste, le rôle de ce

(1) G. Pichon, *Le délire des persécutions*.

facteur étiologique a été exagéré dans la genèse d'autres maladies mentales.

Et ce sont précisément ces « *folies acquises* » dont nous allons entreprendre l'étude étiologique, et parmi elles dans cet ordre d'idées, la « *paralysie générale* » s'impose la première à notre attention.

DEUXIÈME PARTIE

DES FOLIES PASSIONNELLES EN PARTICULIER

CHAPITRE PREMIER

PARALYSIE GÉNÉRALE ET DÉLIRE DES GRANDEURS

PARALYSIE GÉNÉRALE ET DÉLIRE DES GRANDEURS. — SES CAUSES. — INFLUENCE NÉGATIVE DE L'HÉRÉDITÉ VESANIQUE DANS SA GENÈSE. — ROLE DE L'HÉRÉDITÉ PHYSIQUE (HÉRÉDITÉ CONGESTIVE). PAR OPPOSITION, IMPORTANCE DES CAUSES D'ORDRE « ACQUISES » ET AVANT TOUT D'ORDRE « PASSIONNEL » : INFLUENCE PRESQUE EXCLUSIVE DE CES CAUSES EXTRA-HÉRÉDITAIRES QUE L'ON PEUT RÉSUMER D'UN MOT : LE SURMENAGE CÉRÉBRAL, CONSIDÉRÉ SOUS SES TROIS MODALITÉS ÉTIOLOGIQUES, INTELLECTUEL, MORAL, AFFECTIF.

Nous n'avons à considérer ici la *paralysie générale* que sous un côté, déjà bien complexe il est vrai : au point de vue de ses causes. Nous

ne pouvons donc entrer dans aucun développement sur sa définition, ses symptômes, etc. Nous sortirions de notre cadre.

Et, cependant, cette affection qui se manifeste sous deux aspects cliniques, le délire des grandeurs et le délire hypocondriaque est en ce moment plus à l'ordre du jour que jamais. A Paris du moins, depuis quelques années, elle a pris une extension formidable, bien faite pour attirer l'attention des moralistes, et par-dessus tout pour solliciter l'éveil et les soucis de ceux qui mieux que personne sont à même d'apprécier le danger, et par là même de le signaler, et peut-être d'opposer par là une barrière au fléau.

La paralysie générale a pris, dans les grands centres, un tel développement que les médecins, et les médecins aliénistes, ne doivent négliger aucun moyen pour la combattre. Et précisément cette question présente avec le sujet de notre thèse des rapports des plus étroits.

C'est précisément parce que la vie factice, en un mot l'*état passionnel*, joue un rôle capital dans la genèse de ce mal terrible que nous avons voulu commencer par là l'étude des *folies de cause passionnelle*.

Et, cependant, même très résumée, cette étude exige la connaissance préalable de trop de détails purement médicaux et techniques, ce que nous avons promis ici de reléguer au second plan, pour avoir même l'intention d'effleurer ce sujet complexe. Car, il ne faut pas l'oublier, « la *paralysie générale*, comme aimait à nous le repéter un maître vénéré qui nous était cher, et dont, avec le monde scientifique entier, nous pleurons la perte toute récente, la paralysie générale, disait le grand aliéniste Baillarger (1), est d'une étude si complexe, est d'essence si polymorphe, qu'elle suffirait à elle seule à occuper toute la vie scientifique d'un chercheur. » Aussi bien, nous ne l'envisagerons ici que sous un de ses côtés étiologiques qui rentre le plus directement dans notre thèse.

Nous disions plus haut que cette affreuse maladie était considérée par nous comme ne ressortissant à aucun titre à l'influence héréditaire. Nous nous faisons fort d'affirmer cette opinion et de l'appuyer sur un nombre considérable de faits et de malades, observés directement par nous et dans notre propre service.

(1) Mort d'une fluxion de poitrine le 31 décembre 1890.

Pour combattre plus efficacement l'exagération des idées *nouvelles* sur les causes héréditaires en psychologie morbide, nous avions promis, dès le début de ces études sur le rôle vrai des causes *passionnelles*, de n'apporter dans la discussion que des preuves nouvelles, nous avions promis de ne nous appuyer que sur des observations *personnelles* sans avoir recours aux statistiques déjà publiées. Cette besogne nous est rendue, hélas! d'autant plus facile que depuis quelques années, pour la *paralysie générale* qui nous occupe maintenant, on reste stupéfait de l'énorme accroissement qu'elle a pris dans ces derniers temps, et cela, sous l'influence des *causes* dont nous voulons précisément ici démontrer la grande prédominance, *causes* qui en se multipliant par l'effet même des mœurs actuelles, ont naturellement multiplié leurs effets dans une proportion égale. — Ce qui, incidemment, nous a depuis longtemps confirmé dans l'intention d'écrire le livre que nous publions aujourd'hui sur la nature véritable, sur la genèse d'un mal aussi répandu. Car, dès le principe, nous avons été soutenu dans notre projet par la conviction intime qu'en l'écrivant

nous ferions mieux connaître les causes véritables ressortissant à la volonté seule de l'intéressé sans que l'hérédité puisse être invoquée; dès le principe nous avons été soutenu par la conviction qu'en faisant cela nous faisions non seulement une œuvre scientifique, mais une œuvre utile. — « Car, dit M. le professeur Ball, la paralysie générale, qui commence à poindre vers la fin du XVIIIe siècle, n'a jamais fait autant de ravages qu'aujourd'hui.

Dans les recherches auxquelles nous nous sommes livré dans ce sens, nous sommes arrivé à recueillir des cas nombreux qui feront plus tard le sujet d'un traité spécial et technique. Mais, dès à présent, nous pouvons donner les résultats de ces observations au point de vue des rapports qu'ils présentent avec la question en litige.

Cette statistique est basée sur 1,264 cas de paralysie générale recueillis tous à Sainte-Anne dans l'espace de quatre années seulement, du 1er mars 1874 au 1er mars 1878. Ces paralytiques généraux comprennent non seulement ceux entrés à la Clinique de la Faculté, notre

service, mais soignés dans les autres services de l'Asile. Nous n'avons pas jugé nécessaire ici, pour notre cadre relativement étroit, de faire de plus longues recherches, que nous avons arrêtées à l'année 1878. Il y a, en effet, dans ce genre de recherches un vrai travail de bénédictin, au cours duquel on se heurte à chaque pas à des difficultés matérielles quasi insurmontables, et que l'on comprendra facilement, car elles sont basées en partie sur la lecture et l'étude de fastidieux dossiers qu'on ne peut compulser et mettre à profit sans une extrême patience dans la sélection des matériaux utiles. — Aussi, nous avons pensé qu'il était bien suffisant de nous en tenir à ce chiffre bien respectable, d'où nous pouvons tirer pour notre thèse des conclusions très fructueuses et très sûres.

Et malgré le travail considérable que nous a coûté l'établissement définitif de cette statistique roulant sur 1,264 cas de paralysie générale, nous nous trouverons suffisamment récompensés de nos peines, si, comme nous avons le ferme espoir, ce travail arrive à faire partager au lecteur la conviction qui nous

anime, et qui a été pour nous le couronnement de nos labeurs.

C'est qu'en effet, les conclusions qui en découlent et qui empruntent un grand cachet de vérité au chiffre des malades observés, sont des plus rassurantes au point de vue spécial qui nous occupe. Elles militent absolument en faveur de la thèse générale que nous soutenons ici, et qui tend à accorder aux causes extra-héréditaires une influence hors de toute discussion.

Eh bien! le point primordial qui nous a frappé tout d'abord à la fin de notre travail de statistique, c'est que, sur 1,264 malades pas une seule fois l'*hérédité vésanique* pourrait être nettement incriminée! Ce résultat à lui seul est déjà bien encourageant non seulement pour le médecin, mais pour les familles des paralytiques généraux, que nous avons si souvent vu terrifiées par l'alternative de voir à une échéance plus ou moins lointaine d'autres parents frappés à leur tour. Car les idées en cours sur l'importance, la fatalité même de la tare héréditaire sont tellement arrêtées dans toutes les classes de la société, que ce rôle *causal* est considéré comme

exclusif en matière de folie, comme ne souffrant aucune exception. Et, bien des fois, consulté par des familles, à propos de questions extrêmement graves (à propos de mariages le plus souvent), nous avons été péniblement surpris de constater les funestes effets de pareilles erreurs, lorsqu'il s'agissait chez l'ascendant d'un des intéressés, de cette affection, la paralysie générale, dont la nature héréditaire est chose admise sans conteste. Ces allégations étonneront bien des aliénistes qui liront ces lignes, car je dois avouer que dans le monde de la spécialité, pour ce qui concerne du moins la paralysie générale, nos conclusions étiologiques sont admises presque unanimement en tant que considérées au point de vue vésanique, mais qu'ils soient bien persuadés que notre affirmation repose sur un grand nombre de témoignages personnels. Le grand public, tout le public extra-médical même, ne songe pas à établir, dans la folie, ces grands cadres qui lui échappent. Et nous pourrions citer, si nous n'étions retenu par le secret professionnel, tel mariage rompu brusquement et à grand fracas, sous un prétexte quelconque, alors que consulté, trop tard

hélas! nous avions de la bouche des intéressés eux-mêmes appris que tout le scandale produit avait sa source unique dans la maladie mentale d'un ascendant. Or, cette maladie était la *paralysie générale*, que 1,264 observations personnelles, même en tenant lieu des coïncidences, et malgré toutes nos investigations, déclarent avoir été 1,264 fois étrangère à la tare héréditaire!

Mais ce qui est bien plus surprenant et bien plus regrettable en même temps, c'est que quelques médecins et les plus instruits, ont sur l'origine de la paralysie générale les mêmes opinions erronées. Nous émettons en toute franchise cette déclaration, en nous basant sur ce fait que l'enseignement de la médecine mentale ne rentre pas encore dans le programme des examens de doctorat, et que Paris, depuis quelques années, est la seule Faculté qui soit pourvue d'une chaire spéciale. Nous avons trop souvent entendu des amis, médecins distingués, affirmer par exemple qu'ils regardaient la paralysie générale pour la plus héréditaire des formes mentales, pour ne pas être autorisé à faire cette déclaration, qu'ils nous pardonneront sûrement en raison du but que nous nous proposons.

Le médecin spécialiste, en effet, est toujours consulté le dernier en pareille matière, quand, ce qui est rare, il est consulté : dans l'immense majorité des cas on se contente de l'avis du médecin de la famille. Celui-ci, certes, mérite à bon droit, et à tous égards, cette estime et cette confiance. Mais, en dehors des considérations que nous venons d'émettre, il faut songer d'abord que la paralysie générale est une maladie essentiellement polymorphe, à diagnostic quelquefois très difficile, et qu'alors le médecin sera frappé surtout par les deux grandes variétés de son cortège délirant, le *délire des grandeurs* ou le *délire hypocondriaque*, qu'on y retrouve presque toujours. — Eh bien ! dans ces conditions, peut-on trouver étonnant, quand on n'a pas vu un grand nombre de ces malades, qu'il commette l'erreur bien pardonnable d'y voir un mal *vésanique*, c'est-à-dire d'*essence* héréditaire, alors qu'il n'a en face de lui qu'une maladie *physique*, de même nature que l'hémiplégie ?

Et cependant, au point de vue de la déontologie médicale, au point de vue des conséquences sociales, n'avons-nous pas raison de

dire que c'est là une erreur déplorable, qu'il y a là une source de véritables calamités, que nous nous faisons un devoir de signaler. Nous avons eu trop souvent à déplorer les résultats malheureux engendrés par cette croyance désastreuse, pour que nous nous faisions scrupule d'y insister et d'essayer d'y apporter un remède, en éclairant par des preuves indéniables la voie à éviter et la ligne de conduite à suivre. — Nous avons vu trop souvent, de par les raisons énumérées ci-dessus, l'alarme jetée dans les familles par cette confusion terrible, nous avons trop souvent vu l'avenir de malheureux jeunes gens brisé ainsi pour toujours par une consultation imprudente qui les condamnait sans appel, pour ne pas essayer de réagir contre des erreurs aussi funestes.

Ce n'est pas que les traités didactiques ne mentionnent l'innocuité de la paralysie générale au point de vue héréditaire, mais de par leur nature même, ils ne se trouvent pas entre toutes les mains.

Un de nos distingués collègues a écrit quelque part « qu'il n'hésiterait pas à permettre le

mariage à un fils de paralytique général (1). »

Eh bien! neuf praticiens sur dix le déconseilleraient sans appel; et cependant cette assertion concorde absolument avec les résultats négatifs que nous a donnés notre statistique qui ne mentionne que deux cas d'hérédité *similaire*, sur plus de 1,200 paralytiques généraux.

Reste l'*hérédité congestive* des paralytiques généraux, à laquelle certains auteurs attachent plus d'importance. Nous devons à la vérité de dire que l'étude la plus attentive de tous les cas cités plus haut n'a pu à ce sujet donner des résultats assez précis pour avoir une réelle valeur. Mais hâtons-nous de dire que nous n'attachons aucune importance pratique, aucun intérêt sociologique et démographique à ce facteur causal. C'est qu'en effet il consiste dans l'existence chez les ascendants d'un cas d'*apoplexie centrale* (hémorragies, congestions, ramollissements, embolies, anémies, hémiplégies, etc.): or quel est celui d'entre nous qui n'aurait pas à sa charge une hérédité aussi large? Aussi, nous ne nous faisons aucun scrupule de ne lui accorder ici qu'une valeur très relative.

(1) Régis.

Il est enfin une forme assez fréquente de la paralysie générale dans laquelle on peut observer au début des *idées de persécution* fugaces, mobiles, transitoires, sans aucune systématisation, que nous avons vu plusieurs fois, dans cet ordre d'idées, en imposer pour un vrai *délire de persécution* vésanique et toujours héréditaire. — Eh bien ! n'est-il pas regrettable de voir de pareilles erreurs compromettre à jamais une famille, ou y semer des germes de division irréparable ?

Il faut donc bien se pénétrer de l'influence négative de l'hérédité dans la paralysie générale.— Mais si l'hérédité n'y joue aucun rôle, il importe d'en faire connaître les véritables causes, pour arriver à les prévenir si cela est possible et à enrayer dans une certaine mesure la marche ascendante de cette terrible maladie. Eh bien! ici encore, nous consulterons avec fruit notre statistique de tout à l'heure. Elle nous apprendra d'abord, dans les renseignements donnés par les familles, que dans les 1,200 observations citées les véritables causes qui ressortent le plus clairement peuvent presque toujours se résumer d'un mot :

le surmenage cérébral sous toutes les formes.

On comprendra aisément que dans un livre comme celui-ci, je ne puis me laisser entraîner à développer ce côté étiologique de la question qui sera repris dans un travail d'ensemble. Il faudrait pour asseoir cette opinion sur des bases solides ne plus se contenter de chiffres, mais donner de véritables observations, ce qui me mènerait trop loin, il faudrait donner un tableau comparatif complet au point de vue des *professions*, des habitudes, du genre de vie, etc., de chaque malade. Nous renvoyons pour cela au travail d'ensemble dont nous parlons (1). — Mais dès à présent nous pouvons affirmer notre opinion en invoquant dans notre statistique des preuves d'ordre général et philosophique qui suffiront amplement à convaincre le lecteur.

Car si nous ne pouvons ici classer par profession nos 1,200 paralytiques généraux, nous pouvons déjà les classer (ce qui nous suffit en ce moment pour nos recherches étiologiques),

(1) *Traité de la paralysie générale et de la folie paralytique.*

en professions *manuelles* et en professions *libérales*. — Seulement, comme nous observions dans un asile public, c'est-à-dire dans un milieu qui, de par sa destination, était en *principe* fermé aux *vraies* professions *libérales* et que celles-ci trouvent un débouché dans les maisons de santé, on comprend que, dans ces conditions, notre statistique dans l'espèce n'aurait pas eu de valeur relative. — Aussi, nous étendons ici l'épithète « libérales » aux professions manuelles demandant une véritable *dépense cérébrale* : professions de mécaniciens, graveurs, typographes, lithographes, électriciens, employés, etc., etc. — Eh bien ! même avec ces restrictions on reste surpris de voir combien cette affection sévit dans ces milieux supérieurs : nous trouvons en effet, sans que nous voulions donner un chiffre absolu ici, que ces professions payent à la maladie un tribut proportionnel énorme. — Il faut songer en effet que leur nombre à l'asile est bien inférieur à ceux qui exercent un métier purement manuel : or, en tenant compte des causes d'erreurs, inévitables dans un pareil calcul, mais qui ne modifient que très légèrement les chiffres, nous arrivons

à la proportion de 52 0/0, c'est-à-dire un peu plus de la moitié.

D'autre part, nous trouvons 313 femmes sur 1,264 malades, c'est-à-dire un quart. Or, la femme est moins exposée de par les conventions sociales au surmenage *cérébral;* et il y a encore dans ce chiffre une preuve en faveur de notre thèse, si nous ajoutons que bien souvent, lorsqu'elle contracte la paralysie générale, nous devons faire entrer en ligne de compte les chagrins, les soucis de tout ordre, toutes causes qui ressortissent au moins absolument au surmenage *mental*. Cette opinion prévaudra plus sûrement encore lorsque l'on saura que dans ce chiffre de 313 nous trouvons 22 fois la mention : *filles publiques*. Ce chiffre est énorme si l'on songe qu'il doit être nécessairement très au-dessous de la vérité, bien des *filles* s'étant fait inscrire sous une autre profession ; or, il est difficile de ne pas voir en pareil cas une relation de causalité étroite entre cette maladie, et la triste existence de ces malheureuses qui réalise les conditions du surmenage *mental* pris dans son vrai sens (chagrins, remords, privations, etc.).

Voilà pour les résultats statistiques proprement dits. Si maintenant on cherche à découvrir dans chaque cas les causes du mal, les renseignements obtenus confirment de tous points les idées que nous soutenons, avec d'autres aliénistes du reste, sur l'origine de la paralysie générale. Bien des fois, nous avons pu, avec la plus grande sûreté, incriminer le surmenage *intellectuel*, la forme la plus noble du surmenage cérébral, sous les apparences d'un travail extrême (veilles, concours, etc.). Bien des fois nous avons pu indiquer comme cause certaine le surmenage *moral* (chagrins, soucis d'avenir pour soi et les siens), toutes causes ne relevant ni de près ni de loin à une origine ou fatale, ou nécessaire, ou héréditaire. Enfin, ce qui donne une grande autorité aux conseils du médecin et d'une famille éclairée, dans les nombreuses observations qui nous ont servi de base, nous pourrions citer une proportion considérable de cas, dans lesquels la paralysie générale, si terrible et exagérée que fût la punition, était due tout entière au malade lui-même, ou du moins à ses excès : c'est ici en effet qu'intervient si activement cette troisième forme du

surmenage cérébral : les *excès* de toute sorte et la *débauche*, c'est-à-dire le surmenage *moral*.

Et nous entendons par là la vie irrégulière sous toutes ses faces. En premier ligne, l'abus des boissons doit être incriminé, et je le trouve noté comme cause, 8 à 10 fois pour cent dans ma statistique. Cela n'a rien d'étonnant si l'on songe que depuis les travaux de M. Magnan on décrit une paralysie générale alcoolique. Les *excès génitaux* y rentrent aussi pour un assez fort contingent. Ce que nous disions tout à l'heure de la fréquence de la paralysie générale chez les *filles publiques* (22 sur 313 femmes) le faisait déjà prévoir. Leur mode d'action s'explique d'autant mieux que l'on connaît le retentissement qu'ils ont sur le bulbe et la moelle épinière, et que, dans cette affection, la lésion de ces deux organes joue un rôle important. Il y a donc là un facteur *causal* dont l'importance n'échappera à personne. Et nous tenions d'autant plus à attirer l'attention sur ce point, qu'il y a dans cette forme de surmenage cérébral une cause contre laquelle on est loin d'être désarmé, comme nous le verrons.

Si nous voulons résumer plus brièvement en-

core les conclusions fermes qui se dégagent de la lecture attentive des observations qui forment notre statistique, nous dirons que dans l'immense majorité des cas, à un point de vue général, *la maladie nous a paru nettement acquise dans plus de la moitié des cas.* Or, d'autre part, dans presque la moitié des cas, il nous a été impossible de retrouver les causes de la paralysie générale. Ce qui, sous une autre forme, revient à dire que là où nous avons pu découvrir une cause, cette cause rentrait sous un des aspects de la trilogie étiologique (surmenage cérébral) décrite plus haut.

Toutes ces conclusions basées sur des faits nombreux et minutieusement observés par nous trouvent, du reste, leur confirmation dans les derniers travaux publiés sur la paralysie générale.

« Ce sont incontestablement les excès vénériens, dit, par exemple, notre savant maître (ouvr. cité, p. 763) M. Ball, qui favorisent le plus le développement de la paralysie générale. »

Notre excellent ami, M. Arnaud (1) a noté 35 fois les accès alcooliques sur 202 paralytiques

(1) *Thèse de Paris*, 1888.

généraux, ce qui confirme pleinement notre assertion.

D'autre part, ce fait qu'on observe surtout ce mal terrible dans les grandes villes n'éclaire-t-il pas d'une vive lumière la pathogénie que nous avons presque exclusivement adoptée? Or, l'auteur que nous venons de citer a pu compter dans un an, dans un seul asile de Paris, 202 paralytiques généraux, soit le chiffre énorme de 34 0/0! Ce chiffre dépasse un peu celui auquel nous sommes arrivé, 29 0/0. « Aucune capitale, hélas, ne peut disputer cette supériorité à Paris », surtout si l'on songe que les asiles de province donnent les proportions de 3 à 7 0/0 (1).

Enfin nous sommes heureux pour terminer d'invoquer l'autorité d'un maître, dont les travaux sur la paralysie générale sont connus de tout le monde savant: « La paralysie générale frappe les sommets, nous disait souvent M. Baillarger. Or, il est aisé d'établir une corrélation étroite entre cette vérité et les conclusions que nous venons d'invoquer sur les causes de la maladie...

(1) M. Doutrebente dans une statistique annuelle et récente donne 3 à 4 0/0 pour l'asile de *Blois*. — M. Biaute, pour *Nantes* donne 2 à 3 0/0.

CHAPITRE II

ALCOOLISME ET ABSINTHISME

ALCOOLISME ET ABSINTHISME. — IMPORTANCE DE L' « ÉTAT *passionnel* » DANS LA GENÈSE DE L'ABSINTHISME ET DE L'ALCOOLISME.

ÉTUDE COMPARÉE DES CAUSES « HÉRÉDITAIRES » ET DES CAUSES DÉPENDANTES DE LA VOLONTÉ. — LEURS EFFETS DÉSASTREUX AU DOUBLE POINT DE VUE DE LA FAMILLE ET DE LA SOCIÉTÉ. — PROPHYLAXIE.

Après l'étude de la paralysie générale, dans l'ordre d'idées que nous avons adopté, il est une maladie mentale qui, d'elle-même, vient naturellement, par son importance, solliciter notre attention : c'est l'*alcoolisme* et l'*absinthisme*, qui s'y rattache par plus d'un côté. Peut-on en effet, au double point de vue social

et humanitaire mobile (qui nous a donné la première idée de ce livre), peut-on trouver une autre forme de folie qui soit plus intimement liée à l' « état passionnel », qui présente plus de corrélation avec une étiologie « *accidentelle* », qui, enfin, présente des relations de causalité et des rapports aussi étroits de cause à effet que ces deux « *folies passionnelles* » par excellence, que ces deux « *folies toxiques* » ?

Pendant longtemps, ces deux *intoxications* ont même été les deux seules *passions* dites *passions à la mode*. Jusqu'au moment où le *morphinisme*, que nous étudierons dans le chapitre suivant, a fait son apparition, — c'est-à-dire il y a une dizaine d'années seulement, — on n'avait à déplorer que ces deux *états toxiques*. — L'*absinthisme* même n'a réellement commencé à montrer ses effets pernicieux, ses symptômes bien spéciaux, que vers 1850. — Et, si nous avons réuni ces deux délires toxiques, c'est que, au point de vue spécial qui nous occupe, au point de vue de l'*étiologie passionnelle*, ils présentent dans leurs causes la plus grande affinité, et donnent lieu aux mêmes considérations hygiéniques, prophylac-

tiques et sociales; sans parler de leurs symptômes, qui présentent une grande analogie, avec cette restriction très importante que « l'*absinthe* (1), *dans l'absinthisme*, *présente*, *en plus des effets ordinaires produits par l'alcool, un état spécial*, *un cortège d'accidents spéciaux*, *ressortissant à un principe*, *étranger à l'éthylisme* ».

L'*absinthisme*, en effet, depuis les beaux travaux de Motet (2) et surtout de Magnan (3) qui, tout récemment encore, a repris ses expériences sur les animaux avec Laborde, s'offre comme une maladie plus terrible encore que la *folie éthylique*. Surtout, au point de vue de ses rapports avec la psychologie morbide, la *folie absinthique* entraîne du côté du cerveau des désordres incomparablement plus graves que l'alcoolisme, et un ensemble de phénomènes hallucinatoires bien autrement terrifiants, bien autrement bruyants, quoique de même nature. — De plus, au point de vue physique, l'intoxication *absinthique* présente un

(1) G. Pichon, *Les maladies de l'esprit*, 1888.
(2) *Thèse de Paris*, 1857.
(3) Magnan, *op. cit.*

ensemble de symptômes qui ne relèvent que des effets exclusifs de l'absinthe. — Sans entrer ici dans des détails qui sortiraient de la question, nous pouvons le résumer en deux mots : symptômes *convulsifs*, que nous n'hésitons pas, avec Magnan, à mettre sur le compte de l'*épilepsie absinthique ;* symptômes *anesthésiques*, qui appartiennent également en propre à l'absinthe.

Nous ne nous faisons aucun scrupule d'avouer ici que nous nous rangeons absolument à l'opinion de Magnan et Motet, bien qu'elle trouve ses contradicteurs. Cette opinion, essentiellement conforme à l'observation clinique du reste, réserve à l'*épilepsie absinthique* un cachet *sui generis*, des caractères tout à fait spéciaux ; ceux-ci en font une véritable entité morbide, indépendante des troubles épileptiques *symptomatiques* d'états variés comme l'alcoolisme. Nous regardons l'épilepsie absinthique comme une névrose convulsive idiopathique, produite par l'absinthe, et présentant, au point de vue mental, les mêmes troubles psycho-sensoriels que le mal comitial, l'épilepsie vraie.

On comprend facilement, au point de vue

passionnel qui nous occupe en ce moment, quel intérêt peut présenter cette nouvelle psychose, si on la considère surtout dans ses rapports avec la médecine légale.

Nous tenons surtout à insister ici sur cette forme mentale si particulière, dite *épilepsie absinthique,* parce qu'elle présente dans ses *causes* des arguments solides en faveur des idées que nous défendrons dans notre livre sur le rôle important, quoique méconnu, joué par la *volonté*, par l'*état passionnel*, dans la genèse de la folie.

Peut-on nier, en effet, l'influence directe, exclusive des abus absinthiques quand on voit (comme nous l'avons signalé) des malades, absolument indemnes héréditairement, devenus subitement *épileptiques?* Alors surtout qu'ayant dépassé de beaucoup l'âge du *mal comitial vrai*, les accidents *convulsifs* et *mentaux* succèdent à des libations répétées et quotidiennes de liqueur d'absinthe, quand surtout cette boisson est prise à jeun (ce qui est presque la règle), peut-on s'empêcher de voir là une véritable relation de cause à effet entre cette passion et l'état *d'épilepsie* provoqué dans ces conditions?

D'autre part, les expériences répétées sur les animaux, faites à plusieurs reprises par M. Magnan, établissent, selon nous, péremptoirement la raison d'être, le droit à l'existence nosologique de l'*épilepsie absinthique*.

Et c'est là pour nous un point capital confirmant pleinement notre opinion sur l'influence exagérée accordée en principe à la tare héréditaire dans la genèse des psychopathies. — Ici encore, même après de nombreux travaux des plus probants, un grand nombre d'auteurs nient systématiquement cet *absinthisme*, nient l'*épilepsie absinthique*, en tant que présentant du moins une *autonomie* morbide : L'absinthe, en pareil cas, n'est pour eux que l'épine, l'étincelle qui produit, *évoque* la maladie cachée, héréditaire, l'*épilepsie vraie*, et cela au même titre que d'autres excès, que d'autres influences passionnelles.

Eh bien! il y a là pour nous une erreur clinique. L'intoxication absinthique existe parfaitement, et avec son autonomie propre.

Toutes ces raisons nous ont poussé à donner quelques développements à notre discussion, précisément parce qu'il y a là pour nous un

point d'*étiologie* qui présente avec les *folies d'origine passionnelles* la relation la plus étroite. — Non pas que nous comptions ici donner à cette étude, surtout *causale*, nous le répétons, tout l'étendue que comporte une question aussi intéressante au point de vue social que la *passion pour l'absinthe*. Depuis assez longtemps déjà, nous avons entrepris un travail d'ensemble sur les *absinthiques*, qui sera publié bientôt. Nous voulons seulement ici convaincre, par des observations concluantes, le lecteur de l'existence autonome de « l'intoxication absinthique ».

Et c'est dans ce but que nous avons réuni son étude à celle de l'alcoolisme. Il y a là une nécessité clinique si l'on songe que l'absinthe produit tous les accidents de l'alcool, et que, d'autre part, les accidents qui lui sont propres ont été précisément attribués à l'influence alcoolique par les auteurs qui nient l'autonomie de l'*absinthisme*. — Dans ces conditions, il nous a semblé qu'il y avait tout intérêt, non seulement à relier ces deux études, et quand on la trouvera à étudier *l'existence de ces deux états toxiques* chez un même malade. — Le lec-

teur verra certainement là le moyen le plus rationnel de comparer leurs effets, le sujet étant identique à lui-même, et dès lors d'arriver à des conclusions fermes sur leurs caractères *communs*, et sur leurs caractères *distinctifs*.

Il y a, entre ces deux intoxications, des liens de parenté tellement étroits que pendant longtemps, et actuellement bien des médecins sont encore de cet avis, on a prétendu qu'il était impossible de discerner ce qui appartient à l'une et à l'autre.

Disons même qu'en parlant ici, dans un chapitre spécial, de la coexistence chez un même individu de ces deux états, nous nous séparons d'une opinion généralement admise par les auteurs qui ont abordé ce point d'étude particulier, ce diagnostic différentiel, et qui prétendent qu'il est impossible, chez un buveur intoxiqué, de différentier les effets produits par l'absinthe des effets produits par l'alcool.

Eh bien! fort d'un certain nombre de faits pris dans un service où nous étions bien placé, non seulement pour observer un grand nombre de malades de cette catégorie, mais pour les observer au début de leur séquestration, ce qui

est un avantage inestimable pour une étude de ce genre, nous sommes très porté à rompre avec la tradition. Nous sommes très porté à penser que souvent (nous parlons, bien entendu, de la véritable intoxication, du délire en un mot, et non pas, simplement, de l'abus des agents en question, des accidents d'ivresse) quand il y a eu des excès d'absinthe journaliers et multipliés, chez un buveur qui, depuis longtemps, par surcroît du reste, se livre à l'usage des boissons alcooliques, nous sommes très porté à penser que cette dissociation est possible. Ce qui revient, par conséquent, à dire que l'alcoolisme et l'absinthisme sont deux états, quoique très rapprochés, différents, et justiciables, dès lors, d'une description symptomatique et surtout d'un pronostic différents.

On sait, du reste, depuis longtemps, qu'il y a dans la *liqueur d'absinthe* consommée quotidiennement, un effet particulier bien connu de ses partisans, effet qui n'est pas dû à l'alcool qu'on y trouve, du reste, en grande quantité, mais à un agent spécial, l'*essence d'absinthe*. Quoi d'étonnant alors, *à priori,* puisque l'effet immédiat est si différent de l'effet des boissons

alcooliques ordinaires, que les effets lointains, c'est-à-dire l'intoxication, l'empoisonnement, puis le délire, soient des effets si différents de l'éthylisme.

Il y a évidemment un certain nombre de symptômes qui font partie, à la fois, de ces deux intoxications, et qui, lorsqu'ils se trouvent réunis, par exemple, chez un alcoolique délirant ayant fait des excès d'absinthe en dehors de ses abus éthyliques ordinaires, se ressemblent beaucoup; tels sont : les troubles physiques (tremblements, catarrhes, etc.), quelques troubles psychiques (hallucinations terrifiantes, crises nocturnes, etc.). Il est difficile, en effet, je crois, de dire quels sont les caractères qui différentient les hallucinations visuelles absinthiques des hallucinations simplement alcooliques.

Mais, en dehors de ces symptômes, communs ou ayant, à peu de choses près, le même cachet, il y a, croyons-nous, certains autres signes différentiels qui permettent à l'observateur attentif d'établir, dans bien des cas, une différence entre ces deux états, et qui justifient, dans l'espèce, leur dissociation quand ils se trouvent réunis sur le même terrain.

Et c'est précisément sur ces signes différentiels, et sur des considérations d'ordre particulier, que nous allons maintenant insister pour justifier cette dissociation.

Nous croyons ainsi arriver à prouver qu'il est possible, assez souvent, de reconnaître la part efficiente de chacun des éléments. Pour notre part, nous avons recueilli, parmi beaucoup d'autres, une dizaine d'observations très probantes d'alcooliques, chez qui l'intoxication absinthique pouvait être reconnue et distraite. Forcé de faire un choix, nous en donnerons quelques-unes qui, sous ce rapport, nous ont paru assez probantes, et seulement ici à titre anecdotique, et très résumées.

— Il y a d'abord un premier point que nous avons remarqué et qu'il est facile de vérifier en interrogeant les aliénés que l'on appelait, pour cette raison, des *Africains* (1).

Chez cette classe d'absinthiques, qui cependant pour la plupart se sont adonnés *tout d'un*

(1) M. le professeur Ball appelle ainsi cette classe, bien spéciale, d'absinthiques composée d'anciens soldats qui ont passé leur temps de service en Afrique et qui ont fait, à cette époque, un usage immodéré de l'absinthe en raison du prix modique de cette liqueur.

coup à l'usage immodéré de cette boisson, c'est que l'apparition des troubles psychiques est beaucoup plus rapide que pour l'usage d'une autre boisson alcoolique; M. X... par exemple qui représente pour nous un type achevé d'absinthique, en est un premier exemple frappant. Au bout de huit jours, il est très précis sur ce point, les cauchemars, les rêves, les hallucinations terrifiantes ont commencé à paraître. C'est là une remarque intéressante, car l'alcool pur ne produit pas généralement des effets si prompts.

M. Motet (1) avait, dès 1859, signalé cette explosion si rapide, et M. Magnan, en 1874, y revient en y insistant tout spécialement (2).

C'est là, en effet, croyons-nous, un excellent point de diagnostic différentiel.

Sous ce rapport, comme nous le disions plus haut, l'alcoolisme des soldats qui ont fait leur service militaire en Afrique est très instructif: l'absinthe s'y vend très bon marché et, d'autre part, se trouvant absolument dépaysés, ils se

(1) MOTET, Thèse de Paris, 1859. — *Considérations générales sur l'alcoolisme et, plus particulièrement, des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe.*
(2) *Traité de l'alcoolisme*, 1874.

livrent, sans mesure, à des excès d'absinthe pour y chercher une consolation. Les conséquences d'une pareille manière de faire ne se font pas longtemps attendre et, au bout de très peu de temps, ils sont intoxiqués. Les rapports des médecins militaires ne laissent aucun doute à ce sujet.

Ainsi donc, quand on se trouve en face d'un homme qui déclare avoir eu des accidents sérieux *très peu de temps* après des excès de boissons, allez aux renseignements, interrogez-le, lui et ses proches, et souvent on apprendra qu'il faisait des abus d'absinthe.

Bien qu'il ne faille pas trop assimiler, dans la question d'intoxication, les effets obtenus sur les animaux et sur l'homme, il était à présumer, par analogie, que, chez ce dernier, l'imprégnation devait être rapide; on savait, en effet, par des expériences acquises, que les hallucinations terrifiantes chez les chiens, après une injection d'*essence d'absinthe*, apparaissaient au bout de trois quarts d'heures, une heure au plus. Dans une expérience de M. Challand, on voit des hallucinations apparaître plus rapidement encore, après une demi-heure. Il a fallu, au

contraire, dans une expérience de M. Magnan, quinze jours d'intoxication prolongée par l'*alcool* pour déterminer chez un chien des hallucinations terrifiantes (1).

On a donc, quand on peut obtenir des renseignements sur les antécédents, dans *la rapidité de l'intoxication*, un bon signe différentiel pour l'absinthisme et on ne devra pas le négliger, chez un alcoolique.

Il y a un second signe qui, pour certains auteurs, serait un signe irrécusable, visible pour tous, nous voulons parler des *accidents convulsifs*, qui ont donné lieu aux discussions les plus vives voilà quelques années et que l'on trouverait chez presque tous les alcooliques absinthiques.

Pour certains auteurs (Motet, Magnan) quand, dans le cours de l'alcoolisme, on voit des attaques convulsives survenir, ces attaques

(1) Marcé, Note sur l'action toxique de l'essence d'absinthe (*Académie des sciences*, 1864). — Motet, *Thèse cit.*, 1859. — 1859. — Challand, *Thèse de Paris*, 1871 (Comptes rendus). Magnan, Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme, alcool et absinthe, épilepsie absinthique, 1871.

doivent être imputées exclusivement à des abus d'absinthe surajoutés; pour M. Magnan, même, les seuls excès d'alcool, si accentués qu'ils soient, ne produiraient jamais de convulsions épileptiformes s'il ne vient pas s'y joindre les abus en question.

De plus, et c'est là le point le plus contesté de cette doctrine, dans ce cas, *l'épilepsie absinthique* (c'est le nom que donnent à cet état convulsif les partisans de cette théorie), aurait absolument les mêmes caractères, les mêmes symptômes, y compris *l'inconscience* que l'épilepsie comitiale, que l'épilepsie essentielle; de sorte que le seul point de diagnostic possible entre les deux épilepsies ne consisterait plus que dans les antécédents *præconvulsifs* du malade (excès d'absinthe, etc.) et surtout dans les effets de la suppression; car on pourrait encore arguer que les excès, même avérés, ont été une simple cause occasionnelle chez un prédisposé, tandis que le diagnostic basé sur le résultat de la *non-intervention* paraît plus à l'abri de la critique. En effet, un *épileptique absinthique*, séquestré et privé de son absinthe, verrait ses crises convulsives disparaître, pendant qu'un *comitial vrai*, même dans

ces conditions, verrait, au contraire, ses attaques continuer (1).

Ces idées sont repoussées par les partisans de la doctrine généralement admise. Pour ceux-ci (Lasègue, Ball, etc.) les attaques convulsives chez les alcooliques, attribuées à l'essence d'absinthe par la doctrine précédente, sont dues, non à l'absinthe, mais à l'alcool. Pour eux, l'épilepsie absinthique n'existerait pas; il n'y aurait qu'une *épilepsie alcoolique*.

Et encore, « cette dénomination, qui a prévalu dans le langage courant, serait mauvaise, impropre, car il n'y aurait pas, alors, épilepsie à proprement parler, mais bien, simplement, *attaques alcooliques épileptiformes*. En effet, les caractères de l'épilepsie vraie ne s'y retrouveraient pas, entre autres *l'inconscience absolue*; et on ne saurait, dès lors, établir la moindre assimilation entre les deux ordres de symptômes, entre les attaques de *l'épilepsie franche* et les attaques de *l'alcoolisme convulsif* »...

(1) Dans le travail dont nous parlions phus haut nous avons, du reste, à l'historique critique, dit un mot de ces deux doctrines opposées. (G. Pichon, in *Encéphale*, juillet 1887. — *Des délires multiples*.)

Il ne nous appartient pas d'émettre, dans ce conflit, un avis personnel; nous nous contenterons de dire que, entre autres faits, dans deux de nos observations nous avons trouvé chez des absinthiques avérés des crises d'épilepsie; et que, dans ces cas, nous avons eu la preuve que l'absinthe a été non seulement la cause *occasionnelle*, mais la cause *efficiente* des attaques.

Dans le même ordre d'idées, nous ne devons pas omettre de signaler un autre signe de diagnostic différentiel, celui-là moins contestable, fourni par l'examen de la sensibilité générale. Il nous a bien rarement fait défaut quand nous avons recherché l'absinthisme chez un alcoolique; nous voulons parler *des troubles de la sensibilité générale* si bien mis en lumière par M. Lancereaux dans son article du Dictionnaire encyclopédique et dans ses leçons cliniques de la Pitié.

On sait, en effet, qu'un symptôme commun, chez les alcooliques, est une *diminution des réflexes*, pouvant aller jusqu'à l'abolition complète, chez les alcooliques chroniques; c'est, du

moins, ce qui ressort de l'observation clinique et des derniers travaux d'Œtinger (1), de Brissaud (2), de Leval-Picquechef (3).

Les plus touchés sont les réflexes : patellaire, plantaire, pupillaire qui sont plus ou moins diminués. Or, dans l'absinthisme, ce que l'on note, c'est l'exagération de ces mêmes réflexes, si bien mise en lumière par le médecin de la Pitié, chez les buveurs d'absinthe (4).

Il y a, enfin, une forme d'exaltation de la sensibilité générale que nous regardons comme un bon symptôme différentiel d'intoxication absinthique, c'est *l'hyperesthésie* dite en *botte* et en *brodequin*, également bien mise en lumière par l'auteur de l'article du Dechambre, et *l'hyperesthésie abdominale* :

Il suffit, chez les absinthiques, de chatouiller légèrement la peau des extrémités inférieures pour provoquer, immédiatement, le retrait de la jambe.

Chez certains buveurs d'absinthe, ce phéno-

(1) Œtinger, *Thèse de Paris*, 1885.
(2) Brissaud, Des paralysies toxiques, 1886, *Thèse d'agrégation.*
(3) Leval-Picquechef, *Des pseudo tabes*, 1886 (Lille).
(4) *Leçons cliniques* et *Union médicale*, n° 79, p. 953.

mène est tellement accentué, qu'ils sautent hors de leur lit et font de véritables bonds pour échapper au simple chatouillement des parties indiquées.

Ces troubles hyperesthésiques sont, pensons-nous, avec l'exaltation des réflexes, un excellent signe différentiel chez un alcoolique de l'intoxication par l'absinthe; d'autant que, dans l'alcoolisme, à part la première période où il existe également une certaine hyperesthésie, il y a *anesthésie* des *mêmes* régions (anesthésie en botte, en brodequin) et anesthésie telle quelquefois, que l'on peut les traverser avec une aiguille sans provoquer la moindre douleur (1), comme cela nous est arrivé bien des fois.

Pour les autres phénomènes, tant dans l'ordre physique que dans l'ordre psycho-sensoriel, ils sont quasi-identiques dans l'alcoolisme et dans l'absinthisme. Ainsi dans les deux intoxications ce sont, comme nous le disions, les mêmes hallucinations terrifiantes, les mêmes crises nocturnes, les mêmes tremble-

(1) CHARCOT, Leçons 1884 et 1885, et LEROUX in *Journal de Cornil*, n° 25, 1886.

ments, les mêmes paralysies (paralysies toxiques des extenseurs), les mêmes troubles visuels (dyschromatopsie, scotôme central, anémie de la papille allant souvent jusqu'à l'atrophie blanche).

Dans les troubles psychiques, la seule différence consiste dans leur marche ; on verra dans nos observations qu'elle est beaucoup plus rapide et que l'évolution des accidents dans l'absinthisme marche quelquefois à pas de géant, chez certains intoxiqués prédisposés. On verra dans une de nos observations que la démence chez un buveur d'absinthe, il est vrai des plus invétérés, est venue au bout de quatre à cinq ans.

Il y a aussi dans l'ordre psychsique, chez l'absinthique, un phénomène, sinon étranger à l'alcoolisme, du moins beaucoup plus accentué : ce sont les *impulsions*. L'exemple de H..., un de nos malades, sera très instructif à ce point de vue.

Elles acquierrent alors quelquefois, comme chez lui, une irrésistibilité quasi-comitiale, à tel point que les malades sont quelquefois obligés de demander eux-mêmes leur internement pour ne pas se laisser entraîner à des violences criminelles.

Il y a aussi dans l'appétence créée par l'habitude, par l'accoutumance, une grande différence entre l'absinthique et l'alcoolique pur; un alcoolique guérira quelquefois, quoique bien rarement, et les aliénistes sont bien fixés sur la rareté de ces guérisons, un absinthique *récidivera toujours.* Je crois, sous ce rapport, que j'ai eu raison de rapprocher l'absinthique du morphinique.

Il y a, en effet, entre les effets de ces deux poisons la plus grande analogie; l'absinthe semble produire chez l'intoxiqué une sorte de besoin psycho-somatique comme la morphine, et l'on devient, peut-être, peu à peu absinthique, comme l'on devient morphinique, par *besoin vital :* nous serions très porté à admettre en effet l'*état de besoin absinthique.*

Dans l'absinthisme, comme dans le morphinisme, n'y a-t-il pas même accoutumance physiologique, même attrait irrésistible, même malaise par suite de la privation du poison? La suppression de l'absinthe a quelques analogies, en effet, psychiquement du moins, avec l'abstinence morphinique (l'abstinenzsymptôme des Allemands, l'amorphinisme de Charcot et

Fouet). Je trouve dans une de mes observations une exemple frappant, à ce point de vue, de l'analogie qui existe entre ces deux intoxications.

Il y a donc encore là une différence entre l'absinthe et l'alcool, car l'alcool ne semble pas, à beaucoup près, provoquer la même appétence, la même passion quasi-irrésistible, le même malaise par la suppression, et ne présente aucun point de comparaison avec la morphine.

Quoi qu'il en soit, à l'aide des points de repère de diagnostic différentiel que nous venons de passer en revue, on est, je crois, autorisé à dire que, dans bien des cas, on pourra distinguer l'absinthisme de l'alcoolisme pur. Dans bien des cas, pour le sujet qui nous occupe plus spécialement, on pourra diagnostiquer chez un alcoolique, qui a fait, par surcroît, de nombreux excès d'absinthe, la coexistence de l'absinthisme et de l'éthylisme, et dissocier ces deux états.

Les observations qui vont suivre et que nous donnons en résumé, en sont une preuve. Nous aurions pu les multiplier, mais nous ne donnons, ici, que les plus probantes.

Un de nos plus intéressants malades, D... Jules, 50 ans, entre à la Clinique de la Faculté, à l'asile Sainte-Anne, le 7 juillet 1886.

C'est un alcoolique impénitent qui, depuis un certain nombre d'années, fait des excès de boissons.

C'est, de plus, un *Africain;* pendant son service militaire en Afrique, il a bu de l'absinthe en grande quantité. Il ne s'en est pas déshabitué et actuellement il en boit dix verres par jour, quelquefois plus. Hallucinations temporaires et surtout hallucinations de la sensibilité générale — cauchemars..., croit tomber la nuit dans un précipice — s'est levé une nuit et a couru dans la rue pour fuir des voleurs qui le poursuivaient — quelques idées de persécution... Croit que sa femme lui en veut, mais ce délire de persécutions n'a rien de systématisé; on arrive facilement, comme tous les persécutés ivrognes, à le convaincre de la fausseté de ces conceptions. Il a été arrêté et conduit à l'infirmerie spéciale pour avoir voulu frapper avec un couteau un pharmacien inoffensif. Voilà pour les excès alcooliques, avoués du reste par le malade qui déclare boire quatre à cinq « gouttes » le matin, ce qui, cela va sans dire, a provoqué chez lui depuis longtemps des pituites matinales.

Mais les nombreux excès d'absinthe qu'il a faits en plus ont produit chez lui des troubles qui ne laissent aucun doute sur leur origine, et sont facilement reconnaissables. Disons tout d'abord que le malade a vu chez lui les phénomènes psycho-sensoriels se produire extrêmement vite lors de son séjour en Afrique, ce qui

a fait qu'il a été quelques années corrigé, mais il est vite retombé dans sa passion.

Actuellement ce que l'on remarque surtout c'est une exagération du réflexe patellaire et plantaire considérable. Lorsqu'on lui percute le tendon rotulier, la pointe du pied est projetée avec violence, et décrit une courbe de 90°; étant assis, si on lui frôle même légèrement la plante des pieds, il se renverse en arrière violemment et renverserait la chaise si on ne la tenait pas. — L'*hyperesthésie en botte* et en *brodequin* des extrémités inférieures est également des plus nettes : il suffit de le toucher avec l'index pour déterminer des soubresauts de tout le corps. Si on plonge le poing dans la fosse iliaque, comme dans la compression des ovaires chez les hystériques (Lancereaux), le sujet se replie immédiatement en deux comme mû par un ressort (hyperesthésie abdominale).

Nous n'avons pas noté, dans ses antécédents, d'attaques épileptiformes, et il n'en a jamais présenté à l'asile. Pas d'antécédents héréditaires.

Les symptômes alcooliques et les symptômes absinthiques sont suffisamment différenciés ici pour que je n'insiste pas. Il ne faut pas, du reste, s'étonner de l'intensité des troubles absinthiques chez D... en raison de ses excès nombreux.

Actuellement l'affaiblissement intellectuel est très avancé, et l'état de D... est certainement

irrémédiable. Nul doute que d'ici un an il ne soit complètement dément.

L'observation suivante est également très probante.

Le nommé H. Léon, 41 ans, comptable, entré à Sainte-Anne le 17 juin 1885 — c'est sa troisième année — encore un Africain. Engagé à 18 ans dans les chasseurs d'Afrique, il fit, de son aveu même, des excès d'absinthe tels qu'au bout de très peu de temps il avait des crises nocturnes, cauchemars, etc.

Nous avons déjà fait observer que dans l'asile les huit dixièmes des absinthiques sont des *Africains*. Notre malade a eu d'autant moins de peine à résister à l'imprégnation absinthique, qu'il était par son accumulation héréditaire profondément *alcoolisable*. Il était, en effet, petit-fils, fils et neveu d'aliénés (grand'mère aliénée, mère aliénée, tante idiote). — Il se trouvait donc dans les conditions d'alcoolisation et d'intoxication que Lasègue a si bien formulées dans ses études sur l'alcoolisme (1). — Aussi l'explosion des accidents a-t-elle été chez lui prompte et violente.

Il est entré une première fois en 1884 pour alcoolisme subaigu : après avoir lancé son mobilier par la fenêtre, il avait tenté de s'asphyxier avec un réchaud de charbon. Il est sorti de l'asile deux mois après.

Rentré chez lui, il fait de nouveaux excès de rhum et d'absinthe. C'est alors qu'apparurent chez lui des *impulsions* terribles que nous avons regardées comme

(1) *Loc. cit.*

propres á l'absinthisme. Il a été pris soudain d'une violente impulsion au suicide : il voulait se jeter à l'eau, et d'autre part, il ne pouvait éloigner de son idée l'obsession irrésistible qui le poussait à tuer sa femme et son enfant. Craignant un jour de succomber à cette impulsion au meurtre il sort, de chez lui, erre toute la nuit dans le bois de Boulogne, et au jour il se rend chez le commissaire de police pour lui demander de le mettre dans l'impossibilité d'obéir à ses tendances morbides.

Il fut alors dirigé sur Sainte-Anne. Après quelques mois de séjour, il sort le 4 février 1885 en liberté.

De retour pour la seconde fois complètement guéri, il reprend bientôt ses anciennes habitudes. Sous l'influence d'excès plus nombreux encore — il prenait jusqu'à douze verres d'absinthe par jour — il est bientôt repris de ses idées mélancoliques et de ses impulsions au suicide et au meurtre. Comme précédemment il est pris subitement d'impulsions qui le poussent à tuer sa femme et son enfant. Il va encore lui-même demander au commissaire de police de l'interner pour le protéger lui-même et l'empêcher de faire du mal aux siens.

Il est alors dirigé sur la clinique le 17 juin 1885, et c'est là que nous avons pu l'observer.

Cet absinthique tranche un peu sur les autres buveurs d'absinthe qu'il nous a été donné d'observer, et c'est à ce titre que nous donnons ici son observation.

Soit de par son imprégnation héréditaire, soit de par le *besoin vital* produit chez lui par l'absinthe, et dont nous parlions plus haut, bien qu'aimant beaucoup sa femme et son enfant, il ne peut vaincre sa passion, et se

jette sur l'absinthe dès qu'il en trouve l'occasion, en véritable dipsomane qu'il est, devient alors un aliéné des plus dangereux. A une sortie provisoire qu'on lui accorda, il fit coup sur coup de tels excès de cette liqueur qu'en arrivant chez lui, il se jeta sur sa femme et son enfant et voulut les tuer ; les gendarmes furent obligés de s'en emparer et de le ramener à Sainte-Anne.

Les troubles physiques sont ici peu accentués — hyperesthésie des extrémités inférieures — exagération des réflexes patellaires et plantaires — mais pas de troubles gastriques, pas de pituites. Il n'a plus de cauchemars et d'hallucinations — les facultés intellectuelles ne sont nullement affaiblies — ce qui domine en somme, comme symptômes d'absinthisme chez ce malade, ce sont des impulsions irrésistibles d'une extrême violence.

Nous avons tenu à donner plus longuement cette observation parce que H... représente pour nous un type *d'absinthique héréditaire* (1).

Il paraît avoir eu quelques vertiges avant son entrée et sa séquestration. Il n'en a pas accusé depuis qu'il est à la Clinique.

Nous donnons l'observation suivante parce que, en dehors des troubles physiques et senso-

(1) Ce malade a fait, du reste, le sujet d'une note intéressante sur l'absinthisme chronique, publié dans l'*Encéphale*, par H. Gilson, 1885, n° 4.

riels qu'on peut regarder, avec M. Lancereaux, comme la caractéristique de l'absinthisme (1), et que nous avons indiqués plus haut, le malade qui en fait le sujet a présenté, outre les symptômes de l'alcoolisme, de l'épilepsie bien caractérisée, mais dont l'origine ici précisément peut prêter à la discussion :

M... (Charles), 27 ans, sellier, entré dans le service de la Clinique le 7 juillet. Enfant naturel, n'a pas connu son père ; mère très nerveuse. Disons ici que des renseignements que nous avons pris sur ses antécédents, il résulte qu'il n'aurait jamais rien présenté qui pût ressembler de près ou de loin à des attaques d'épilepsie.— Sous l'influence de vives contrariétés, après avoir mené une vie régulière, il se livra à des excès alcooliques considérables. Dans notre interrogatoire, nous avons insisté avec beaucoup de soin sur la nature des boissons : il consommait à ce moment toute espèce de liqueurs, et en très grande quantité ; il aurait bu surtout beaucoup de *rhum* et d'*absinthe*. Les résultats ne se firent pas attendre longtemps : au bout de quelques jours de cette vie, il éprouva des insomnies, des cauchemars qui allèrent en augmentant de plus en plus. La nuit, il se réveillait en sursaut, croyait que des ennemis imaginaires pénétraient chez lui de force. Quelques jours avant sa séquestration, il eut *quelques ver-*

(1) Voir aussi à ce sujet, une thèse inspirée par M. Lancereaux : *De l'absinthisme*, Gautier. Thèse de 1882.

tiges dont il n'a gardé aucun souvenir et plusieurs *attaques convulsives*, ressemblant tout à fait à l'épilepsie vraie.

Enfin, la nuit qui a précédé son internement, il a eu des hallucinations visuelles terrifiantes, et croyait voir sa maison livrée aux flammes : à travers les flammes, raconte-t-il, il voyait un homme qui descendait le long d'une corde. Sous l'empire de cette vision il se leva et fit chez lui un tel vacarme qu'on le fit diriger sur la Préfecture de police, d'où il vint à la Clinique.

A son arrivée, il fut mis en observation et surveillé de très près. Il n'eut pas, dans l'espace de trois mois, un seul vertige, une seule attaque épileptiforme. Sous l'influence de la séquestration, de la privation de ses boissons accoutumées, les accidents épileptiques disparurent avec les hallucinations terrifiantes, les crises nocturnes, etc. M... actuellement est absolument guéri et va sortir dans quelques jours.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est l'apparition d'accidents épileptiques survenant après des excès répétés, alors que le malade n'en avait *jamais* présenté de trace auparavant, et leur disparition après la suppression de la cause.

Nous avons donc affaire sûrement ici à une *épilepsie symptomatique ;* car nous pouvons et nous devons, je crois, éliminer l'*épilepsie vraie ;* mais, dans l'espèce, nous l'avons vu, bien

que nous inclinions fortement pour incriminer exclusivement l'absinthe, nous ne pouvons à coup sûr éliminer l'alcoolisme dans la pathogénie des crises convulsives, puisque le malade faisait manifestement des excès également considérables d'absinthe *et* d'alcool.

Nous avons appuyé notre diagnostic différentiel, et conclu à la coexistence de ces deux intoxications sur d'autres signes, et en nous basant précisément sur la rapidité des accidents et, d'autre part surtout, sur la présence des troubles de la sensibilité générale : exagération des réflexes patellaire et plantaire, et l'hyperesthésie des extrémités qui était très accentuée chez M...

Dans l'observation suivante, au contraire, avec les symptômes précédents, on note des accidents épileptiques que dans l'espèce, en dehors de toute question d'école ou de doctrine, on est forcé de rattacher à l'absinthisme. On doit, en effet, selon nous, voir autre chose que de l'épilepsie alcoolique, dans le cas de G... Voici cette observation résumée :

G..., menuisier, 41 ans, est entré à la Clinique en

1882 avec un certificat immédiat de M. Régis ainsi conçu : Atteint d'alcoolisme subaigu, avec insomnie, rêves, cauchemars, zoopsie. Idée confuse de suicide. *Epilepsie alcoolique.* Il est resté trois longues années dans le service où on a pu l'observer à loisir.

Des renseignements pris sur ses antécédents, il résulte qu'il n'avait *jamais* présenté d'accidents comitiaux ni dans sa jeunesse, ni avant de se livrer aux excès de boissons. Ceux-ci ont consisté en abus de liqueurs de toute sorte, surtout en abus d'absinthe, *qu'il a même bu un moment presque exclusivement.* Outre le cortège ordinaire des symptômes de l'alcoolisme, G... a présenté alors des attaques d'épilepsie dont le caractère revêtait absolument le caractère comitial : cri initial, *inconscience,* morsure de la langue, convulsions, pâleur puis cyanose de la face, etc. Un point aussi très important dans l'histoire du malade, ce sont les renseignements donnés par le malade lui-même et qui sont bien précieux ici : *toutes les fois que je buvais de l'absinthe en grande quantité, disait-il, j'étais sûr de ce qui m'attendait le lendemain : c'était mon attaque.* — Le malade faisait aussi un aveu que nous enregistrons parce qu'il montre bien l'appétence quasi pathologique développée par l'accoutumance, et qu'il confirme d'autre part l'assimilation que nous faisions plus haut entre l'absinthisme et le morphinisme ; l'absinthe est pour moi, disait-il, une boisson délicieuse, et toutes les fois qu'il me sera donné d'en prendre, je suis sûr de succomber à la tentation, bien que je connaisse toutes les conséquences funestes de ma passion.

Sa séquestration, c'est-à-dire la privation de l'absinthe, supprima du même coup, non seulement les hallu-

cinations alcooliques, mais ces *attaques d'épilepsie*. Pendant l'espace de deux ans, aucune attaque ne se montra; au bout de ce temps, ayant obtenu un jour de congé, à titre d'essai, malgré les plus grandes promesses, il fit de copieuses libations et le lendemain même de ces excès, il eut une *attaque d'épilepsie*, avec les caractères de l'épilepsie essentielle qu'indiquent les auteurs.

Il fit alors des aveux et déclara que la veille il *avait bu coup sur coup* plusieurs verres d'absinthe avec cette passion, cette irrésistibilité qu'on ne retrouve aussi prononcée que chez une classe d'intoxiqués : les morphiniqués.

Nous ne tirons de ce fait aucune conclusion, mais en raison de la précision des faits et des aveux du malade, on est très porté à voir, dans cette observation du moins, une relation de cause à effet entre les abus d'absinthe et les attaques convulsives.

L'observation suivante est surtout intéressante au point de vue des troubles psychiques présentés. Comme dans notre observation II, le malade a présenté des impulsions extrêmement violentes que nous attribuons à l'absinthe, en partie du moins, ainsi qu'à un certain état mélancolique conscient dans l'intervalle de ses

excès, que M. H. Gilson a signalé dans l'absinthisme chronique (1).

Nous n'en donnerons qu'un très petit résumé, car son observation a déjà été publiée plusieurs fois à d'autres points de vue.

Elle est intéressante aussi, parce que, en dehors de l'alcoolisme et de l'absinthisme, elle présente un élément surajouté : l'*épilepsie* qui, ici, forme un état absolument *coexistant* indépendant, et ne doit être placé, comme on le verra, ni sous l'influence de l'intoxication alcoolique, ni sous l'influence de l'intoxication absinthique.

Ce qui fait ainsi l'intérêt de ce cas, à notre point de vue, c'est qu'il nous montre une observation rare d'une *triple coexistence chez un même aliéné :*

1° Alcoolisme pur;

2° Absinthisme;

3° Épilepsie vraie, mal comitial.

La voici en résumé :

O..., 36 ans, est entré sept fois à Sainte-Anne pour excès alcooliques. Bien qu'il ait prétendu devant plu-

(1) Gilson, *Encéphale*, loc. cit.

sieurs médecins n'avoir jamais fait d'excès d'absinthe, il résulte des renseignements que nous avons pris, qu'il en buvait depuis longtemps. Les premiers excès datent de son service militaire. Il les a continués, et, à sa libération, ce qui l'a mené en 1879 pour la première fois à Sainte-Anne où il est admis sur le certificat suivant: Exaltation alcoolique. Hallucinations *dangereuses*. — Il prétendait avoir vu le commissaire de police et ses agents embrasser sa belle-mère, et avait fait une tentative de suicide. Sorti une première fois, comme tous les alcooliques en général, et les absinthiques en particulier, il retombe immédiatement dans ses habitudes.

Et ce fut pendant six ans les mêmes alternatives : guérisons et rechutes successives, dont la dernière l'amena dans le service de la Clinique, pour la septième fois, le 22 juin 1885 et où il se trouve encore actuellement. Il avait été arrêté cette fois pour voies de fait envers sa belle-mère qu'il avait voulu tuer. A son arrivée, pendant quelques nuits, il eut des hallucinations terrifiantes de la vue, voyait des *langues de feu*. L'imprégnation alcoolique et absinthique est telle chez O... que lorsqu'il a bu un demi-verre d'absinthe, il se trouve sous le coup d'*impulsions extrêmement violentes*: nous avons assisté à une scène de ce genre, dans laquelle il avait fallu six hommes pour le maintenir. — Dans l'intervalle de ses excès, il était en proie à un état mélancolique qui a disparu depuis sa séquestration.

Nous devons noter ici qu'en dehors de toute influence toxique, O... est atteint d'*épilepsie*.

Mais cette épilepsie est intéressante précisément parce qu'ici se présente un élément *surajouté* et sans rapport de causalité. En effet, dès l'âge de quinze ans, bien longtemps par conséquent avant ses excès, O... *tombait;* en un mot c'est un comitial. Nous avons donc ici un exemple chez le même individu d'une triple coexistence d'*alcoolisme*, d'*absinthisme* et d'*épilepsie*, coexistence dont, du reste, Dericq, dans sa thèse, cite deux observations.

Nous ne nions pas ici, bien entendu, l'influence pernicieuse des excès alcooliques et absinthiques sur la marche de l'épilepsie, nous voulons simplement faire remarquer que chez O... l'épilepsie préexistait, et qu'on ne doit incriminer ni l'alcool ni l'absinthe. Car il est évident que chez notre malade, comme chez tous les épileptiques, les excès de boissons ont entretenu et accentué la névrose, et même qu'à un moment donné lui aussi « il comptait ses attaques par le nombre de ses ribotes; — mais ce que nous tenions à faire remarquer, c'est qu'il n'y a pas eu *épilepsie absinthique*.

L'observation suivante, concomitamment avec les troubles ordinaires de l'absinthisme, pré-

sente des crises épileptiformes, qui dans l'espèce ont une origine non douteuse. Nous avons vraisemblablement affaire ici simplement à de l'*épilepsie alcoolique*. On pourra comparer, et c'est à ce titre que nous la donnons :

Le nommé M... (Alex.) entré à la Clinique le 2 décembre 1884, pour délires alcooliques très violents, hallucinations de la vue et idées de persécution. Il avait fait une tentative de suicide et avait été déclarer au commissaire de police sa prétention contre les brigands et les voleurs qui voulaient l'assassiner. Il est alors envoyé dans le service de M. le professeur Ball. Pendant les premières nuits, crises nocturnes qui, par leur violence, empêchent les malades de dormir.

Sa mère, qui donne des renseignements, raconte qu'il fait de nombreux excès de boissons de *toute sorte* et qu'il boit entre autres liqueurs, de l'absinthe en assez grande quantité. Depuis qu'il se livre à ces excès, ajoute-t-elle, il a des convulsions. Elles consistent en grands mouvements, mais il n'y a ni cri initial, ni morsure de la langue, ni perte de connaissance, ni inconscience. — En résumé, le diagnostic d'*épilepsie alcoolique* porté à son entrée par M. Dagonet est justifié par ces renseignements.

Étant donné d'autre part que M... buvait non seulement de l'absinthe, mais des liqueurs alcooliques de toute sorte, on est en droit de conclure que ces *attaques épileptiformes* ont une origine alcoolique ; et il serait téméraire d'ajouter qu'elles ont une origine

exclusive et qu'on a affaire à de l'épilepsie absinthique.

M... a vu ses hallucinations disparaitre sous l'influence de la séquestration ainsi que ses attaques et tout le cortège des symptômes éthyliques; il est sorti en liberté le 17 avril 1885. — Du reste, il n'y avait pas ici d'antécédents héréditaires.

La dernière observation d'absinthisme que nous allons donner maintenant, prouvera avec quelle rapidité les excès d'absinthe peuvent conduire à la démence. Nous avons, en effet, déjà fait remarquer à plusieurs reprises quelle différence dans la rapidité de l'évolution il y a entre l'alcoolisme et l'absinthisme.

D... 36 ans, entré dans le service de la clinique le 28 juin 1886; c'est sa seconde séquestration. Ici encore un *Africain*, ici encore c'est une victime du service militaire en Algérie. Engagé à 21 ans dans les zouaves, il contracte des habitudes d'absinthe qu'il a vite poussées jusqu'à leur dernière limite, en raison de sa tendance héréditaire (mère aliénée). Il raconte lui-même que dans la chambrée en Afrique, on faisait circuler de *pleins bidons de campagne remplis d'absinthe*, et qu'il en prenait largement sa part, aux applaudissements de ses camarades.

Comme cela arrive toujours, il a continué ses excès en sortant du service. Sa femme nous a raconté qu'il buvait en moyenne six absinthes par jour, mais que cette quantité était souvent dépassée; bien des fois il lui est

arrivé d'en boire quinze et vingt par jour. Les effets de pareils excès ne se firent pas longtemps attendre chez un individu prédisposé. Il fut interné une première fois le 19 mai pour *delirium tremens* extrêmement violent, accompagné de cris, de vociférations. Agitation extrême. Il reste séquestré un certain temps. Sous l'influence de la séquestration il sort en liberté guéri.

Il recommence de plus belle ses excès d'absinthe. *Il ne boit jamais d'autres boissons*, raconte sa femme et en absorbe journellement de grandes quantités. Malgré l'état dans lequel ses habitudes le mettent bientôt, sa femme le garde chez lui pendant de longs mois. Mais à la suite de tentatives de suicide répétées et d'une aggravation notable dans les troubles de ses facultés, elle demande son internement. Il entre à la clinique le 28 juin. Ce qui domine cette fois dans son état, c'est un affaiblissement considérable des facultés : la mémoire a complètement disparu. La séquestration n'a produit sur D... aucun effet salutaire. Depuis trois mois qu'il est interné, c'est toujours les mêmes idées de persécution puériles, le même état mental démentiel. Du reste, depuis deux ans, chez lui il était absolument incapable de faire son métier de chapelier. En somme, à la suite certainement de ses abus répétés d'absinthe, son état est irrémédiable et cette aggravation est venue extrêmement rapidement :D... n'a que 36 ans et il confine à la démence. Il est probable que d'ici à deux ou trois mois il sera malheureusement tout à fait dément.

On n'a jamais noté chez D... ni vertiges ni crises épileptiformes.

Nous allons maintenant donner l'observation

d'un individu absolument indemne au point de vue héréditaire et chez qui la réceptivité était *au minimum*. Chez lui l'alcoolisme et l'absinthisme ont provoqué des symptômes que l'analyse clinique ne peut dissocier. Nous la donnons ici parce que nous avons pensé qu'il était bon de montrer qu'il y a des cas où ces deux ordres de symptômes se mêlent quelquefois très intimement et forment une espèce d'hybride. Dans ces cas il n'est pas possible d'établir et de prouver la coexistence des deux éléments. Hâtons-nous de dire que dans bien des cas il n'en est pas ainsi, et qu'un examen attentif permet la plupart du temps de dissocier ces deux états.

R. V... exerce la profession de courtier de banque. Il ne présente pas d'antécédents héréditaires capables d'avoir influencé son état actuel.

Lui-même n'a jamais eu aucune maladie autres que celles provoquées par l'abus de l'alcool.

Il est âgé de 47 ans, bien constitué.

Encore un *Africain*. De 1856 à 1859, il fit son service militaire dans l'infanterie de ligne, en Afrique, où il prit l'habitude de boire environ un demi-litre d'absinthe par jour. Puis il fit la campagne d'Italie et revint à Paris en décembre 1859. Là, il perdit à peu près complètement ses habitudes et, durant une période de 18 années, but un seul petit verre de vin blanc, le matin, un vermout

à l'eau avant son déjeuner et une seule absinthe avant son dîner.

Mais en 1876, il commença à faire pour le service de certaines maisons de banque, des voyages à Londres, et prit l'habitude de boire, journellement, trois verres de sherry avant son déjeuner et autant avant son dîner.

Il avait, à cette époque, réalisé d'assez jolis bénéfices et avait économisé une somme de 45 à 48,000 francs. Alors, par suite de spéculations malheureuses, il perdit en huit mois tout son avoir. Le chagrin s'empara de lui. Il chercha des consolations dans l'alcool. Il but, chaque matin, seul, chez lui, en lisant son journal, une bouteille entière de vin blanc. A onze heures, il prenait cinq, six verres d'absinthe, mais *il ne put jamais parvenir à s'enivrer.*

Alors se déclara une anorexie presque complète, en même temps que se manifestaient chez lui des crises nerveuses, pendant lesquelles il éprouvait comme des crampes du côté de l'estomac, mais sans perte de connaissance.

Puis vinrent les hallucinations de la vue, il voyait des rats blancs, et uniquement des rats blancs, au nombre de dix environ, qui grimpaient le long de ses jambes, se couchaient sur lui, et qu'il se plaisait à caresser.

Le 3 avril 1881, il entra volontairement à Sainte-Anne. Il vit ses rats pendant trois jours, puis ils disparurent. Sa mémoire revint entièrement, et il sortit complètement rétabli le 20 juillet de la même année.

Aussitôt rendu à la liberté, il reprend, avec l'exercice de sa profession, ses anciennes habitudes, qui ramenèrent les mêmes accidents.

Vers le mois de mai 1883, il entre à Ville-Évrard, se rétablit complètement et en sort cinq mois après.

Puis il surmonte pendant trois mois son penchant, ne buvant plus qu'une quantité très raisonnable de vermout, de bitter et d'absinthe.

Après ces trois mois passés, il recommence à boire et il voit réapparaître tous les phénomènes anciens, les mêmes crises, les mêmes faiblesses de la mémoire, l'anorexie, les hallucinations. Cependant il voit autre chose que des rats, lorsqu'il fixe un point quelconque, il le voit prendre une forme et se mettre en mouvement. Une tache d'encre lui représente une mouche, il la voit marcher, il la voit remuer, il pose son doigt dessus pour l'écraser, mais en vain, la prétendue mouche ne fuit pas et remue toujours.

Il n'a jamais cru, d'ailleurs, à la réalité de ses hallucinations.

Mais son état va toujours s'aggravant, et il rentre de nouveau à Sainte-Anne, le 18 février 1886.

Il éprouve depuis deux mois des douleurs intolérables dans la tête; à chacun de ses mouvements, il lui semble que, ayant la tête pleine d'eau, cette eau s'agite et produit un flic-flac très douloureux.

Après un long internement, on peut le regarder encore actuellement comme guéri pour la troisième fois. Il sortira, mais on peut prédire, sans crainte d'être démenti, qu'il recommencera ses excès, qu'il nous reviendra, et que le terme final sera l'alcoolisme chronique, c'est-à-dire la

démence à une échéance plus ou moins longue.

Conclusions. — Nous voyons par toutes ces observations que nous venons d'exposer en résumé, que dans bien des cas on peut par l'analyse clinique attentive arriver à dissocier chez un alcoolique les éléments qui appartiennent à l'absinthisme, quand toutefois les excès d'absinthe entrent pour une large part dans l'intoxication du sujet.

En d'autres termes, ce qu'on doit surtout considérer dans ces deux intoxications à caractères propres, c'est qu'il est possible de les différencier. Le diagnostic différentiel, c'est du moins ce qui résulte des observations que nous avons présentées, sera basé sur les signes suivants que nous résumons, pour finir cet exposé par une vue d'ensemble, et que nous rangeons par ordre d'importance :

1° *Troubles de la sensibilité générale.* — Hyperesthésie en botte et en brodequin des extrémités inférieures — hyperesthésie iliaque de Lancereaux. Exagération très accentuée des réflexes patellaire, plantaire ;

2° *Évolution beaucoup plus rapide des acci-*

dents. (Explosion hâtive et démence plus prompte.)

3° Comme *troubles psychiques : impulsions conscientes, irrésistibles, beaucoup plus violentes que dans l'intoxication alcoolique simple.* — Dans l'absinthisme chronique ou dans l'intervalle des accès on remarquera parfois un certain état de mélancolie avec conscience (Gilson). — Il est difficile, dans les autres troubles psychiques (hallucinations et conceptions délirantes si variées) de voir un caractère distinctif.

4° Disons enfin qu'on y observe parfois des *acccidents épileptiformes* se rapprochant par leurs caractères, des attaques comitiales. Ces accidents nous ont semblé, dans plusieurs cas, devoir être attribués à l'influence absinthique exclusivement. — Ajoutons que ces accidents épileptiformes ont été décrits par certains auteurs (Magnan, Dericq) comme signe différentiel pathognomonique, sous le nom d'*épilepsie absinthique ;* tout en ayant pour nous, ainsi entendus, une véritable signification nosologique, disons qu'ils peuvent aussi parfois logiquement être mis sur le compte de l'alcoolisme, sous le nom admis d'*épilcpsie alcoolique*.

Il ressort donc clairement de l'étude comparée que nous venons de faire :

1° Que l'*alcoolisme* et l'*absinthisme* sont deux « *folies passionnelles*, d'*origine passionnelle* » au premier chef, présentant un grand nombre de caractères *communs*, qui les distinguent nettement des autres formes mentales et des autres états toxiques.

2° Que la « *passion absinthique* » se présente comme une passion toxique à autonomie propre indéniable. — Les caractères spéciaux (*épilepsie absinthique*, etc.) qui la différencient de l'alcoolisme, paraissent dus à la présence dans l'absinthe d'essences diverses (essences d'absinthe, badiane, etc., etc.).

3° Que l'*alcoolisme* et l'*absinthisme* sont produits la plupart du temps par des causes soumises à la volonté, sans rien bien entendu de la prédisposition.

Il n'était pas indifférent d'appeler l'attention du lecteur sur de pareilles vérités, alors que, à la faveur de préjugés et d'errements fâcheux, l'abus des boissons alcooliques fait tant de victimes, surtout à Paris.

On a vu au chapitre de la paralysie générale que déjà l'acool jouait un rôle très actif dans la cause de cette affection, puisqu'un aliéniste, M. Magnan, a même décrit une paralysie *générale alcoolique* qui est presque unanimement admise. A ce moment nous avons même recherché dans notre longue statistique de 1,200 faits, le chiffre moyen approximatif répondant à l'*étiologie alcoolique*, ou du moins répondant aux cas dus à l'*abus des spiritueux*. Et nous avons donné le chiffre de 8 0/0 pour rendre la proportion des cas où l'alcool avait pu *nettement* et *sans conteste* être incriminé; et ce chiffre est bien inférieur à celui du Dr Armand, qui donne 35 fois sur 202 observations une origine alcoolique à la paralysie générale.

Il est vrai que nous devons, à propos de l'infériorité relative de notre statistique, faire des restrictions très importantes, nous conformant en cela aux principes de vérité qui nous ont toujours guidé : dans la statistique en question, nous avons noté *dans plus de la moitié des cas* de véritables excès d'alcool. Mais il en est des excès alcooliques, chez les paralytiques généraux, comme des *dépravations du sens génital*, que nous étudierons dans un chapite suivant : il faut y voir les *effets* certains de la maladie, loin d'y trouver une *cause.* — Il y a là une vérité clinique de la plus haute importance pratique et médico-légale, dont il nous a été donné maintes fois d'observer les conséquences regrettables auprès des familles et de l'entourage des malades : bien des fois, en présence d'excès chez un homme qui jusque-là avait, à tous égards, mené la conduite la plus irréprochable, bien des fois, voyant nettement chez de malheureux *paralytiques* adonnés tout récemment aux excès les plus crapuleux, discernant alors nettement chez eux un *effet* direct de leur maladie, bien des fois nous avons eu à déplorer et à combattre les opinions erronées et la sévérité

injuste des parents. Pour ceux-ci le malheureux aliéné était une victime de ses passions, de ses turpitudes, alors qu'il était absolument sans reproche au point de vue vrai et médical. — Et si nous insistons autant sur cette erreur de causalité, c'est que malheureusement non seulement dans le monde, mais même auprès de quelques médecins, nous avons plusieurs fois constaté ces errements. Et alors, combien regrettable est une pareille opinion qui peut peser d'un si grand poids sur la réputation morale d'un homme des plus honorables, compromise injustement à tout jamais!

Avec cette restriction que nous devions à la vérité, on doit reconnaître que l'alcool joue un rôle des plus importants dans la paralysie générale.

Mais sans parler de cette affection, n'y a-t-il pas une maladie qui émane directement et résulte presque sûrement des *abus alcooliques*, l'*alcoolisme*, avec toutes ses formes variées?

Il n'entre pas ici dans nos vues de les décrire, ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé, et du but essentiellement *pratique* et d'*hygiène* sociale que nous nous sommes im-

posé. — Et précisément, les abus d'alcool attiraient depuis longtemps notre attention à Paris, car nous avons pu très heureusement les observer là où ils sont les plus répandus, là surtout où ils produisent les désordres les plus graves.

En effet, frappé d'autre part de l'utilité sociale qu'il y aurait à mettre à profit des observations puisées sur place, nous avons pris nos mesures pour les étudier sur place, dans un milieu éminemment favorable, dans les milieux ouvriers parisiens. — Nous avons pris là surtout la résolution ferme de publier ce livre.

Depuis longtemps en contact avec des aliénés en général et des alcooliques en particulier, nous avions pu dans les asiles de Paris constater les effets pernicieux des spiritueux et le grand nombre de victimes qu'ils faisaient dans les grands centres, et, à l'asile Sainte-Anne en particulier, nous avions mis de côté pendant cinq années des matériaux précieux dans cet ordre d'idées, nous avions recueilli des statistiques importantes.—Mais entre les excès alcooliques et les affections mentales alcooliques relevant de l'asile d'aliénés, il y a un écart considérable ; pour nous qui voulions entre-

prendre ici une œuvre plutôt utilitaire, plutôt d'hygiène publique qu'un travail scientifique exclusivement médical, il y avait surtout un côté de la question que l'asile ne pouvait nous offrir, puisqu'il ne s'agissait pas encore d'aliénés, puisque « ceux que nous recherchions n'étaient encore que des « *candidats à la folie* ». C'est-à-dire qu'il fallait voir ailleurs les *buveurs* et les *ivrognes*. — Ces conditions nous avons pu les réaliser fort heureusement.

En effet nous avons pu pendant un an constater (ce que ne soupçonnions pas) que en dehors des asiles, il y a dans les milieux populaires un champ d'observations des plus féconds.

Hâtons-nous d'ajouter que malheureusement les chiffres proportionnels que nous donnerons sont dès lors bien au-dessous de la vérité, si élevés qu'ils soient. C'est qu'en effet, nous avons observé qu'un grand nombre de ces malheureux *intoxiqués*, pouvaient encore vivre sans que l'apparition d'accidents psycho-sensoriels bruyants vînt motiver leur séquestration parmi des aliénés. — Et cependant, en les voyant souvent, en les interrogeant, on se rendait facilement compte qu'ils étaient *touchés*

déjà dans leurs facultés cérébrales, et marqués du sceau fatal, à une échéance plus ou moins lointaine.

Or, il est facile d'entrevoir les conséquences déplorables au point de vue social d'un pareil état de choses. Poussés à multiplier leurs abus alcooliques par l'oubli momentané que leur donne l'appoint éthylique, ils arrivent facilement et vite à un premier degré que nous appelons d'un mot : la « *torpeur morale* », en attendant une deuxième phase plus avancée, mais qui encore ne les mène pas à l'asile d'aliénés : la phase « d'*affaiblissement intellectuel vrai* ». Que de fois, dans les professions purement manuelles du moins, avons-nous entendu des femmes d'ouvriers nous déclarer que leurs maris ne rentraient jamais à la maison le soir que gris ?

Eh bien ! n'y a-t-il pas là un véritable danger social ? Si l'on songe surtout aux nombreux enfants qui peuvent naître dans des conditions d'infériorité mentale aussi désastreuses de la part du mari, on reste péniblement surpris, en voyant là des effets directs de l'alcool.

Nous ne pouvons malheureusement ici entrer à ce sujet dans aucun développement. Qu'il nous suffise de dire que plusieurs fois, nous avons pu, dans cet ordre d'idées, arriver à des conclusions d'une précision syllogistique, qui nous permettent d'affirmer ce que nous venons d'énoncer :

Un malheureux soigné par nous et adonné à la boisson rentre à la maison après avoir bu une quantité considérable d'absinthe. Le cerveau obscurci par l'ivresse, il n'écoute ni les larmes ni les prières de sa femme qui veut le soigner ; et les sens excités au paroxysme il oublie tous ses devoirs d'époux, et se livre brutalement sur la malheureuse que la peur a terrifiée, à un véritable viol ! A partir de ce jour, elle lui défend de l'approcher, mais neuf mois après l'accomplissement de cet acte bestial, elle donnait naissance à un enfant, qui, en vertu de l'injuste loi d'atavisme, devait payer la faute honteuse de son père, et en supporter tout le poids. Cet enfant actuellement âgé de sept ans, nous a été amené par sa pauvre mère il y a quelques semaines : il était idiot et épileptique ! Après nous avoir exposé en termes lamentables

ce qui précède, elle venait solliciter notre intervention pour le faire *placer*, et se dérober ainsi elle ses autres enfants, absolument normaux du reste, à son influence vicieuse.

Eh bien! ce qu'il y a de plus terrible, c'est que les exemples identiques se pressent sous notre plume, et viennent affirmer les effets désastreux de l'alcool, non seulement sur l'ivrogne, mais sur de malheureux enfants bien innocents! Nous ne voulons donner ici aucun chiffre proportionnel, réservant ce travail de statistique pour un ouvrage d'ensemble. — Mais nous pouvons dès à présent affirmer que les abus alcooliques, dans les asiles d'aliénés, ne sont pas considérés avec l'importance étioliogique qu'ils méritent.

Et cependant, si nous cherchons à résumer par un chiffre moyen le nombre des aliénés *alcooliques* répondant aux trois années où nous avons dû, comme médecin traitant, établir tous les ans la statistique de notre service, nous trouvons — et il s'agit d'un asile de Paris, bien entendu — le chiffre annuel déjà bien frappant de 22 0/0.

Mais, nous l'avons dit plus haut, on ne voit

à l'asile, on ne séquestre que *l'alcoolique aliéné*, que l'alcoolique, même, qu'un délire bruyant a forcé d'enlever à sa famille. Combien d'alcooliques en état de demi-démence qui vivent en dehors de l'asile, qui vivent de la vie commune, et ayant toute liberté et toute licence de procréer ! Combien surtout d'ivrognes invétérés, comme nous l'avons constaté souvent, sans délire proprement dit, si ce n'est des accidents psycho-sensoriels nocturnes, ivrognes qui depuis longtemps ont perdu tout *tempérament moral*, et qui arrivent ainsi peu à peu à *l'alcoolisme chronique !*

Eh bien ! ce sont précisément ces... *buveurs*, que la loi de 1838 ne considère pas encore comme des aliénés, ce sont ces *candidats* à *la folie*, comme nous les appelons volontiers, cent fois plus dangereux que les vrais *alcooliques*, que nous avons recherchés et qu'il nous a été donné d'observer non plus comme aliéniste, mais comme médecin traitant ordinaire des milieux ouvriers.

Que d'aveux pénibles mais instructifs et intéressants nous avons, dans ces conditions, entendu sortir de la bouche de malheureuses et

braves femmes qui, isolées et sans défense, nous ont pris souvent comme confident des tortures morales et... physiques à elles infligées par un mari ivrogne ! Et combien, à Paris du moins, au point de vue spécial qui nous occupe, on sort atterré de ces confessions en songeant jusqu'à quel point la femme du peuple, cependant si honnête, si travailleuse et si intéressante, est peu protégée ! On frémit en voyant jusqu'à quel point elle se trouve désarmée et absolument livrée, de par la loi et sans appel, aux caprices d'un homme que l'alcool a depuis longtemps assimilé à une brute malfaisante !

Et qu'on ne nous accuse pas en ce moment de vouloir rabaisser systématiquement la classe ouvrière : nous mériterions d'autant moins ce reproche, que nous n'avons jamais dans nos livres manqué l'occasion d'incriminer aussi sévèrement la classe aisée et, à Paris surtout, d'avoir signalé aussi ouvertement leurs tendances alcooliques, dont les effets sont également des plus pernicieux; et nul plus que nous n'a blâmé d'autres conséquences funestes que l'on a surtout à déplorer chez les buveurs de la classe bourgeoise, et qui résultent presque infaillible-

ment de cette détestable habitude de *l'apéritif.* Nous serions même très porté à affirmer chez les intoxiqués de cette catégorie la responsabilité pleine et entière de leurs excès à tous égards.

Car les buveurs de la classe ouvrière, à notre avis du moins, trouvent vite une atténuation relative à céder à leurs tendances alcooliques. N'y-a-t-il pas pour eux cette disposition d'esprit bien humaine qui les pousse à y chercher un appoint, à y rechercher l'énergie qui leur manque, et surtout une consolation, un oubli momentané de leur triste situation, et de la misérable perspective même qui les attend quelquefois à la maison ? A cette maison où en rentrant, ils vont trouver une femme et des enfants sans pain depuis longtemps ! Et nous ne tenons en aucune façon à assombrir le tableau. Nous voulons surtout appeler l'attention sur un état de choses qu'on ne soupçonne même pas, et qu'on peut résumer ainsi : diffusion effrayante, dans les milieux ouvriers, des abus d'alcool, conséquences désastreuses qui en résultent au point de vue de l'hygiène sociale, physique et surtout *morale*.— On pourra ainsi

peut-être, en les signalant, contribuer à arrêter les progrès de cette plaie sociale.

Combien de fois avons-nous été à même de déplorer toute l'étendue d'une pareille *misère* que nous ne soupçonnions en aucune façon, habitué que nous étions jusque-là à voir la misère à l'hôpital, c'est-à-dire en dehors du milieu qui lui a donné naissance, c'est-à-dire (qu'on nous pardonne cette figure qui nous a plusieurs fois frappé l'esprit) — une misère *habillée à neuf*, et *qui n'est plus elle?* Combien de fois sommes-nous restés atterré, frappé d'impuissance, devant le spectacle de toute une nombreuse fa-souffrant véritablement de la faim! Le tableau qui se présente alors à l'observateur est du reste toujours le même, c'est celui que nous avons vu cent fois pendant l'hiver rigoureux de 1890-91 comme médecin des secours *à domicile;* il est navrant dans sa monotonie : les parents « ont mal à la tête et au cœur... ils sont malades... n'ont aucun appétit », touchant et maladroit subterfuge, inventé par l'affection maternelle pour laisser aux enfants la part plus grande dans le partage d'un morceau de pain sec qui entier ne suffirait pas à un seul d'entre eux!

Eh bien! en présence d'une scène aussi déchirante, appelé pour soigner un père de famille atteint d'ulcération alcoolique de l'estomac, je le demande en toute sincérité, pouvais-je en pareil cas lui reprocher ses excès d'alcool, pouvais-je même en toute justice, dans mon for intérieur, ne pas lui pardonner ces abus pernicieux?

Il faudrait ne pas avoir suivi de près comme nous avons pu le faire dans les différentes étapes que parcourt l'ouvrier, les différents mobiles qui l'excitent, toutes les tentations qui le sollicitent, pour pousser la sévérité aussi loin, pour ne pas l'excuser lorsqu'il se laisse aller à faire les premières stations chez le débitant. Et on a vite fait de trouver dans les affections toxiques qui viennent si rapidement le punir, un châtiment bien suffisant, si l'on songe qu'il était surtout poussé à boire, dans les premiers temps, par cette idée si répandue dans le peuple que l'alcool donne les forces physiques et morales qui lui manquent. Car ce n'est que bien plus tard que ces « premières tournées » deviendront une habitude quasi invérérée.

Et enfin, si maintenant on pèse d'autre part

(et c'est de ce côté que nous voyons le remède social), si on compare toutes les conditions qui, dans l'état actuel déplorable de cette partie de l'hygiène, favorisent merveilleusement les tentances à boire, on comprendra aisément avec quelles facilités un malheureux, si peu armé pour la résistance à tous les points de vue, se laissera entraîner dans un abîme qu'il ne voit pas du reste.

Sait-on, en effet, tout d'abord, combien dans les grands centres, puisqu'il s'agit de la classe ouvrière, combien dans les villes il y a de débits de vin, de débits où l'on consomme sur place? Pour répondre immédiatement à cette question d'une aussi grande importance pratique au point de vue social, il faudrait lire le magistral rapport de M. le sénateur Claude.

Mais pour ce livre, sans entrer dans aucune discussion de statistique, il me suffira d'établir par quelques chiffres la proportion qui existe en France entre le nombre des habitants et celui des débits. Les statistiques donnent la moyenne déplorable de 94 habitants pour un débit, et encore il convient de considérer que dans ce chiffre figurent les femmes et les enfants. Il importe

surtout de considérer que cette statistique démographique ne comprend pas Paris.

Or, Paris contient 30,000 débits de vin où l'on consomme sur place !

(Nous ne pouvons pas donner ici tous ces chiffres intéressant à un si haut degré la santé publique et surtout l'hygiène sociale. Nous ne donnerons que les chiffres les plus intéressants.)

Un premier détail, hélas ! bien concluant en faveur de la progression effrayante des abus alcooliques, c'est la marche ascendante proportionnelle du nombre *relatif* de ces débits : en 1875, il y avait 109 habitants pour un débit, et en 1885 ce chiffre descendait à 94 pour un marchand de vin !

Et, nous le répétons, ce chiffre de 94 n'est qu'une moyenne pour toute la France, car dans tous les départements il y a augmentation continue *relative* du nombre des débits ; nous ne trouvons, en effet, que deux départements : la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme, où leur nombre est resté *stationnaire*.

Par contre, le Nord se dispute avec la Seine, c'est-à-dire avec Paris naturellement, la pre-

mière place dans ce triste concours : on y remarque 1 cabaret par 14 habitants !

En Normandie, en effet, dans le Nord, les différentes étapes que j'ai décrites dans les milieux parisiens avant l'abrutissement fatal, l'aliénation alcoolique, ne se retrouve plus avec les mêmes caractères chez le paysan du Nord-Ouest. *Là, de par la force des choses, l'ouvrier normand a élu en quelque sorte domicile au cabaret* (1). Il y passe pour ainsi dire sa vie, il y mange, et l'alcool constitue le fond de ses repas.

Car si nous avons vu fréquemment l'ouvrier parisien déjeuner avec une demi-portion de légumes ou de fromage et... *un litre de vin*, l'ouvrier normand fait plus : il *remplace* souvent tout aliment par une sorte d'eau-de-vie faible il est vrai en alcool *pur*, mais cependant très forte et brûlant réellement le palais comme du vitriol. C'est une sorte de mixture plus toxique encore que les alcools dénaturés provenant des pommes de terre malades ou des grains avariés. Et, chose triste à dire, dans

(1) Dr Tourdot, Rouen.

cette région un buveur *ordinaire* consomme par jour un demi-litre de cette boisson véritablement corrosive ! Il est dès lors bien facile d'établir sur ces données positives les conséquences déplorables d'un pareil genre de vie au point de vue de l'hygiène publique et surtout au point de vue immédiat de la famille : dans le Nord-Ouest, le salaire moyen s'élève à 4 francs si l'ouvrier (19 fois sur 20 !) en retranche le prix de sa mixture empoisonnée, que reste-t-il pour l'entretien d'une famille généralement nombreuse ? La réponse est navrante dans sa simplicité : l'empoisonnement journalier mais sûr du chef de la famille enlève aux siens les trois quarts de leur nécessaire, et ils doivent vivre toute l'année avec 1 fr. 50 ou 2 francs par jour !

Et ces résultats si décourageants des abus alcooliques ne concernent pas Paris ! Paris où, en 1887, des recherches très précises donnaient une moyene de 50,000 débits, ce qui fait une proportion plus effrayante encore que pour le Nord, à peu près un débit par 12 adultes ! N'est-on pas effrayé en effet de la multiplicité des marchands de vin dans la capitale ? Nous pourrions citer telle rue des faubourgs, de

45 à 50 numéros seulement, qui comprend 21 cabarets, c'est-à-dire un débit sur deux boutiques ! Nous ne pouvons malheureusement pas, sans nous exposer à sortir des limites que nous nous sommes imposées ici, entrer dans les autres détails, développer surtout les causes qui favorisent encore ces pernicieuses tendances à alcool. Elles sont multiples et d'ordre complexe, tant matérielles que morales.

Mais il y a, au moins à Paris, un préjugé regrettable que nous ne pouvons passer sous silence, tant il cause de mal, tant il est enraciné, au point qu'il est regardé dans *toute* la classe ouvrière comme une règle d'hygiène absolue : nous faisons allusion à la malheureuse habitude que l'ouvrier regarderait comme une faute grave de négliger, et qui le porte *tous* les matins à prendre « *la goutte* » *à jeun,* avant le travail! Et, comme on est toujours en compagnie de camarades, cette « *goutte* », si pernicieuse déjà, n'est que le prélude de plusieurs « *tournées* » de mauvaise eau-de-vie à dix centimes le verre. Cet alcool (sans parler ici de son infériorité constatée bien des fois par nous) est d'autant plus pernicieux qu'il est absorbé par un esto-

mac *vide,* par un organisme débilité par une alimentation défectueuse et insuffisante, qu'il est mis en contact par le torrent *circulatoire* avec les éléments d'un cerveau dès lors très insuffisamment armé pour la résistance. Aussi avons-nous pu souvent prédire, avec une précision quasi mathématique, l'échéance fatale marquée pour le naufrage intellectuel complet. Et ce délai ne dépasse pas parfois quatre ou cinq mois, dans ces conditions d'hygiène aussi défectueuses ; en quatre ou cinq mois l'alcool peut arriver chez l'ouvrier parisien à produire des troubles mentaux graves, irréparables, sans parler des autres accidents d'ordrephysique et si communs (ulcérations de l'estomac, hémorrhagies, etc.) qui avant de l'amener à l'asile l'envoient à l'hôpital, et privent ainsi pendant plusieurs semaines toute une famille du nécessaire.

Nous devons nous arrêter, et malgré l'immense intérêt pratique qui s'attache à ces études,à ces recherchessur les effets desastreux des abus d'alcool, que nous avions tenu à analyser sur place, dans les grands centres ouvriers, nous devons nous résigner, pour une étude

d'ensemble, à nous restreindre plus que nous ne le voudrions.

Nous devons, en présence du *but général* que nous nous sommes imposé dès le principe, laisser pour le moment de côté des matériaux amassés ces dernières années dans l'ordre d'idées particulières qui nous occupe en ce moment, nous reservant, bien entendu, de les mettre à profit ultérieurement pour un travail dont le plan a été élaboré il y a longtemps déjà ; nous ferons alors une étude complète de ces questions envisagées au point de vue sociologique.

Un seul point cependant doit encore nous occuper.

Quelles mesures prophylactiques peut-on proposer en face d'un mal social si répandu et qui fait tant de victimes, surtout dans les milieux ouvriers ? Hâtons-nous de le dire, la question est complexe, et bien qu'elle nous ait occupé pendant assez longtemps, nous ne pouvons pas entrer ici encore dans tous les développements que comporte une étude aussi palpitante d'actualité. La prophylaxie de cette *passion* véritable repose-t-elle dans la diminution des débits, dans l'impôt et la majoration des

droits imposés aux débitants? C'est là un très petit côté de la question, le seul qui a occupé le Parlement dans la discussion du rapport sur la consommation de l'alcool en France et de ses effets.

Disons tout de suite que le remède est ailleurs et doit surtout avoir pour base l'influence de la moralisation et de l'instruction. Nous nous faisons fort d'appuyer notre manière de voir sur des preuves solides, sur des faits d'expérience. Car le jour où l'ouvrier entrera dans la vie armé pour la lutte, c'est-à-dire *instruit sur les dangers réels des abus alcooliques*, ce problème social d'une si haute importance sera à moitié résolu. Le jour où les préjugés en cours sur l'innocuité, et même sur les vertus bienfaisantes de l'alcool seront démolis, le nombre des débits diminuera de lui-même. Car, il faut bien le savoir, rien dans ce sens n'a jamais été tenté. Aussi est-ce là une question complexe que nous discuterons plus tard tout au long, mais qui doit nous arrêter un instant.

Tout ce que nous pouvons affirmer ici, c'est que nous avons la conviction intime que les impôts, les majorations, taxes, surtaxes, etc.

n'opposeront jamais qu'une digue impuissante aux tendances alcooliques, aux *passions* pour les spiritueux. Un seul exemple pour clore cette discussion:

Quand les premiers effets de l'*absinthe* en particulier commencèrent à attirer l'attention des hygiénistes et du pouvoir, on crut trouver un remède héroïque dans la loi du 16 mars 1872, qui frappait cette liqueur d'un *droit de remplacement* de 199 francs en *principal*, c'est-à-dire qu'on la taxait, *à son entrée à Paris.* Or qu'arrivait-il ? La fraude en lança dans la circulation de véritables *torrents, fabriqués à Paris même.* Et, par une conséquence toute naturelle, l'absinthe consommée dépassa, au point de vue *quantitatif* et *qualitatif* celle que l'on buvait auparavant: d'où on put inférer que la loi avait décuplé ses pernicieux effets. Et on le vit si bien que la loi de 1880 la chargea seulement d'une taxe *qualitative.*

Aussi est-ce aux remèdes *moraux* qu'il faut surtout s'adresser, comme nous l'avons du reste toujours enseigné, écrit et pensé.

Mais, nous le répétons, cette question si pratique, si capitale au point de vue social est beau-

coup trop complexe pour que nous puissions en donner même un résumé.

Et nous devons dès à présent dire que, en dehors de la *moralisation* de l'ouvrier et de son instruction, dans son propre milieu, nous avons toujours accordé une importance capitale à sa *moralisation* dans l'*asile* où l'ont conduit ses excès réitérés.

Il y a longtemps déjà que nous avons préconisé à ce sujet tout un système de *moyens* tous basés sur une *crainte légitime*. Toute cette *éducation à nouveau*, dans l'asile, de l'alcoolique guéri, nécessiterait malheureusement un remaniement complet des usages et des traditions des maisons d'aliénés.

Mais, comme nous avons la conviction intime basée sur une longue pratique des alcooliques et des ivrognes, que là est le véritable remède, nous avons regardé comme un devoir de l'indiquer ici pour terminer ce long chapitre.

CHAPITRE III

FOLIES ÉROTIQUES ET FOLIES PASSIONNELLES DE CAUSES GÉNITALES

Commençons tout d'abord par bien laisser entendre au lecteur que ce chapitre, en raison du rang inférieur occupé par les causes *génitales* dans l'échelle *étiologique* que nous avons adoptée sur les *folies passionnelles* nous arrêtera peu d'instants.

C'est qu'en effet, le rôle *causal* de cet *état passionnel* par excellence, des passions sexuelles, des abus génitaux, est loin d'avoir en réalité, en clinique mentale, pour des médecins aliénistes, l'importance qu'on lui attribue non seulement dans le monde, mais même dans le milieu médical extra-aliéniste dans la genèse de la folie. Et bien souvent il nous a été donné d'entendre de la bouche de confrères très instruits, les hérésies les plus graves, les erreurs

les plus regrettables dans cet ordre d'idées, sur les rapports de l'aliénation mentale avec la *passion sexuelle*, alors que l'observation clinique vraie ne voyait pas, dans les cas litigieux de troubles mentaux exposés, le moindre rapport de causalité avec des excès de cette nature.

Non pas que nous voulions un seul instant mettre en doute leur rôle vrai, bien constaté dans certains cas pour lesquels on ne peut songer un moment à méconnaître l'origine *génitale*, quelquefois même *exclusive*. Trop souvent nous-même nous avons été témoin dans notre clientèle privée aussi bien que dans notre service, à la Clinique de la Faculté de Paris, de l'influence indéniable de ce facteur étiologique, pour que nous ayons seulement l'idée de lui refuser une place dans notre classification *passionnelle*, de l'éliminer du groupe des *folies passionnelles ;* ce rôle étiologique est basé sur des observations trop nettes pour que nous ne lui accordions pas au moins un chapitre dans notre livre.

Seulement on a poussé l'exagération si loin à propos de cette influence des *passions géni-*

tules et des *abus sexuels*, que nous tenons absolument à réagir contre une pareille erreur clinique. Et cette erreur est tellement répandue que nous avons souvent vu, dans des cas d'une origine des plus simples, incriminer faussement les excès de cette nature. Et nous avons vu ces hérésies enracinées non seulement dans les milieux illettrés, non seulement dans un monde instruit même, mais dans le grand public et parmi quelques médecins. Et, s'il n'y a pas dans la diffusion de ces idées erronées d'aussi graves conséquences que pour les idées sur la fatalité et sur l'hérédité de la folie, il n'en est pas moins vrai que de pareilles croyances peuvent avoir un retentissement des plus fâcheux sur la réputation de malheureux aliénés bien innocents d'ailleurs des vices plus ou moins infamants qu'on leur impute. Il n'en est pas moins certain que de si pareilles opinions, en cours, ne présentent pas les mêmes dangers au point de vue social, dans le cercle plus restreint de la famille, elles peuvent à tout jamais compromettre l'honneur d'un nom jusque-là sans tache et sans reproche, en mettant sur le compte d'un malade des tendances, des vices

passionnels, des perversions génitales, alors qu'il ne doit à aucun degré en supporter la responsabilité.

Dix fois nous avons été consulté, dans cet ordre d'idées, par des parents qui, sans hésitation aucune, en nous présentant un malade aliéné, incriminaient ses vices, ses excès génitaux, sans songer que leurs interprétations sevères et injustes, non seulement atteignaient la réputation morale de leur pauvre fou, mais rejaillissaient sur eux-mêmes et sur leur propre réputation.

Ces considérations, quoique négatives, méritent, en raison de leur grande importance au point de vue de la morale privée, de nous arrêter un instant, et demandent du reste une explication.

C'est qu'en effet, si bien des fois nous aussi nous avons eu l'occasion d'observer des cas analogues aux précédents, si bien des fois nous avons eu à examiner des aliénés à *tendance génitale* présentant parmi leurs symptômes saillants des *perversions sexuelles*, nous devons en même temps insister sur un fait capital, nous devons aussi par contre émettre à leur sujet

une vérité clinique d'ordre philosophique qui trouve surtout son application en médecine mentale.

Cette vérité clinique si importante et qui revêt ici l'importance d'une *loi* de médecine générale, peut se formuler ainsi :

Il en est en psychiatrie des symptômes d'ordre génital comme des accidents aclooliques : dans l'immense majorité des cas, les tendances sexuelles, les perversions génitales doivent être considérées chez un aliéné non pas comme une cause, mais comme un effet de la forme mentale qu'il présente à l'observation.

Voilà, croyons-nous, l'explication juste de bien des *déviations mentales* attribuées exclusivement aux abus sexuels. C'est ainsi que l'observation clinique attentive doit interpréter la grande majorité des cas, où, en phychologie morbide, les phénomènes paraissent consister surtout en *perversions génitales* d'ordre pathologique. Il ne faut pas leur chercher une autre origine. En d'autres termes, on commet la plupart du temps la plus grosse faute de diagnostic, en considérant chez un malade aliéné les troubles de la sphère génitale comme *cause univoque*, alors

qu'un esprit juste, alors qu'un aliéniste judicieux observateur n'y voit absolument qu'un *effet* de sa maladie, au même titre que les autres symptômes mentaux ressortissant à une *forme mentale* déterminée, qui les comprend tous.

Or, il nous est permis, dans les cas de ce genre, de faire remarquer que bien malheureusement alors y a plus qu'une hérésie scientifique de la part d'un médecin qui se laisse prendre aux préjugés en cours, et qui, lui aussi, admet comme ligne de conduite, comme règle dans ses diagnostics étiologiques cet axiome si répandu et si funeste : *post hoc, ergo propter hoc*. Il y a alors chez le praticien une aggravation, et sa faute en apparence purement théorique, dans certaines conditions déterminées bien plus fréquentes qu'on ne le pense, devient quelquefois pour l'avenir un manquement professionnel entraînant les conséquences les plus graves. — Je veux dire par là — et il est aisé de le comprendre, que par son ignorance des causes vraies de la folie, il peut en résulter, comme nous le disions plus haut, pour le pauvre déshérité de l'esprit qui a perdu depuis longtemps la notion du bien et du mal, une réputation

morale imméritée, et, qui plus est, lorsqu'il y a eu délit avec outrage public ou seulement publicité quelconque, il peut en résulter pour toute une longue descendance une *tare morale* qui pèse, de par la faute du médecin et bien injustement, sur des innocents!

Ces considérations, bien que d'ordre négatif, nous paraissent avoir une importance capitale tant au point de vue de la clinique pure que de la déontologie et de la responsabilité professionnelle. Et nous ne cacherons pas qu'elles nous ont surtout poussé à consacrer dans notre livre quelques lignes aux *états passionnels d'ordre génital* considérés comme causes de la folie en général. Il y avait là pour nous, dans un ouvrage entrepris dans des conditions connues du lecteur, conçu et élaboré dans but d'hygiène sociale *morale* aussi bien que de *santé publique*, il y avait pour nous un devoir strict, une obligation véritable de signaler de pareils erreurs étiologiques, de prouver la fausseté de l'opinion si répandue, qui, en aliénation mentale, chez de pauvres déshérités de l'esprit, met si souvent et si faussement quelquefois la folie observée sur le compte de *perversions sexuelles*.

Nous multiplierions inutilement dans cet ordre d'idées les exemples qui abondent et qui se pressent sous notre plume pour confirmer notre manière de voir. Sans citer d'observations à proprement parler, nous pouvons simplement, à titre anecdotique isolé, rendre compte de l'impression pénible que nous avons ressentie précisément quelques jours avant d'écrire ces lignes, à propos d'un fait de cet ordre qui résume assez bien nos conclusions de tout à l'heure.

Nous commencions à peine ce chapitre quand le hasard de la clinique nous mit en présence d'un malade dont la physionomie franche et ouverte reflétait non seulement une haute intelligence, mais, ce qui est plus, une profonde honnêteté à tous égards. Cet homme venait nous consulter à propos d'une affection nerveuse incurable et douloureuse entre toutes. Eh bien! les souffrances intolérables, les tortures indescripibles qui, devant nous, lui arrachaient des gémissements, des cris même qu'un véritable courage ne pouvait contenir; eh bien! tout cela, nous disait-il, n'était rien comparé aux souffrances morales qu'il endurait depuis vingt ans. Or c'était depuis qu'un médecin lui avait

laissé entendre que son mal avait une simple et unique cause : des *excès génitaux* ou plutôt des *raffinements sexuels* prolongés. « Et, ajoutait-il amèrement, il me semble que cette origine d'une maladie si apparente me marque à tous les regards d'une tache infamante... et... cependant... marié à trente ans, je vous affirme que jusque là j'avais été... vierge... ! » Nous avons choisi ce seul exemple, bien qu'il concerne une affection sans troubles mentaux dans le cas particulier, précisément parce qu'il montre jusqu'à l'évidence la preuve indéniable des idées que nous soutenons.

Cet exemple nous permettra de ne pas insister davantage sur ce point, sans que nous ayons besoin d'entrer ici dans des détails sur la fréquence par ailleurs des « *perversions génitales* » de toute une catégorie nombreuse d'aliénés qui ne doivent en aucune façon en être rendus responsables. Dans cet ordre d'idées, les « *déments* », les « *paralytiques généraux* », les « *alcooliques chroniques* », les « *dégénérés héréditaires* » de Magnan, qui a donné une très bonne classification *physiologique* des *perversions sexuelles* dans l'*état de dégénérescence mentale*, les

« *persécutés* » de Lasègue, les « *épileptiques* » et les « *hystériques* » mêmes, pour ne citer que les principales formes mentales, offrent à étudier parmi leurs principaux symptômes des troubles de la sphère génitale à un degré plus ou moins avancé, et surtout avec des caractères absolument différents selon la variété psychologique en présence.

Car il est évident que les phénomènes de cet ordre offrent à l'étude un champ des plus variés, des plus vastes et des plus intéressants, non seulement au point de vue *clinique*, mais au point de vue *physiologique* (1).

Nous ne pouvons entrer à leur sujet dans aucun développement : ils forment, en effet, un groupe morbide, en psychologie morbide, qui présente des rapports médico-légaux, tant au point de vue de l'« interdiction » que de la médecine judiciaire proprement dite, de la plus haute importance, mais que notre cadre ne nous permet pas d'aborder.

Il est évident — et nous serons bref — que chez le dément la *perversion génitale* ne pourra

(1) Magnan, 1886. *Académie de médecine.*

avoir le même aspect que chez le persécuté ou chez le dégénéré. Dans le premier cas, elle revêtirait forcément un caractère originel tout à fait spécial, ce sera l' « *exhibitionisme* », par exemple, qui différera du tout au tout avec les véritables « *obsessions sexuelles* » du « *dégénéré* », ou les « *phénomènes hallucinatoires de même ordre* » observés dans le « *délire des persécutions.* »

Il est aisé de voir à quelles considérations cliniques, physiologiques, et surtout médico-légales prêtent toutes ces questions; il est facile de comprendre quels développements nécessitent tous ces côtés sous lesquels on peut envisager le *sens génital* ressortissant à tant de formes différentes de *déviations psychiques.* C'est un chapitre de séméiologie qui, en médecine mentale, joue un rôle primordial, tant il se présente sous des faces intéressantes, quoique complexes, mais trop complexes précisément pour trouver leur place ailleurs que dans une monographie spéciale.

Car nous n'avons cité plus haut que les *folies* où ces *déviations génitales* se présentent comme un symptôme saillant; mais il n'est

peut-être pas en psychiatrie, une modalité clinique qui n'offre quelques relations plus ou moins éloignées avec une *anomalie du sens sexuel*. Et, soit que cette anomalie revête une apparence *matérielle* des caractères absolument *physiques*, comme au moyen âge dans ces affections curieuses, la *démonopathie*, la *lycanthropie*, soit que cette *anomalie*, au contraire, dans un autre ordre d'idées diamétralement opposées, prenne les allures du plus pur idéal, prenne la forme éthérée de l'*érotomanie*, quelque dissemblables qu'ils soient, tous ces cas extrêmes se retrouvent à chaque pas dans l'étude de la pathologie cérébrale. Est-il besoin, en effet, à propos de ces vieilles dénominations, qu'il s'agisse de *démonolâtrie*, où la *possession* du démon prenait une si large part, ou de *lycanthropie*, qui résumait tous ces états de possession par des animaux, est-il besoin, dans ces formes que l'on retrouve du reste de nos jours avec la même signification nosologique, mais sous un vêtement plus contemporain qu'autrefois, est-il besoin de montrer la présence de l'érotisme jusque dans ces modalités vieillies? Qui ne sait que les possédés pré-

sentaient déjà ces *perversions génitales* sous une forme aussi nette qu'intéressante, la forme *hallucinatoire?* Les termes d'*incubes* et de *succubes*, dont il est fait si souvent mention dans les livres de sorcellerie du moyen âge, répondaient aux deux situations intolérables du possédé, qu'il fût actif ou passif. Et telle *démoniaque* en proie précisément à ces hallucinations génitales, exhalait bien haut ses plaintes et les tortures qu'elle endurait dans son commerce avec le démon, « dont la semence froide était, disait-elle, des plus douloureuses ».

Sans remonter si haut, peut-on effleurer même une étude sur les *anomalies de l'instinct sexuel* dans leurs rapports de causalité avec la folie, sans parler au moins incidemment de leurs nouvelles modalités, si bien mises en lumière récemment par M. Magnan? On peut évidemment, à propos de cette nouvelle classification physiologique pratique, entrer dans une description complète. Mais on peut, dans leurs grandes lignes, au moins, indiquer brièvement les formes le mieux mises en relief de cette classification. N'a-t-on pas, en effet, dans ces types de *cérébraux antérieurs*, de *cérébraux*

postérieurs, de *cérébraux spinaux*, de *spinaux*, une échelle diagnostique des plus sûres pour certaines formes d'aliénation? D'autre part, ne trouve-t-on pas dans ces notions d'*inversions génitales*, de *perversions*, de *sanguinaire*, de *vampirisme*, de *bestialité*, des caractères sûrs dans certaines expertises judiciaires? Car, je le répète, depuis l'aliéné *érotomane*, « amoureux d'une étoile », jusqu'au *dégénéré inférieur* qui obéit à ses instincts irrésistibles de bestialité et pousse sa brutalité maladive jusqu'à profaner le cadavre putréfié de l'enfant morte de variole hémorrhagique, tous les *anormaux* peuvent présenter des *dépravations génitales*.

Nous n'avons donné qu'une bien pâle description, qu'une bien faible énumération des *états passionnels* d'ordre sexuel, dans leurs rapports avec les *formes mentales* si nombreuses où ils existent, dans leurs relations avec les causes de la folie en général.

Mais néanmoins tous ces détails dans lesquels nous sommes entré, toutes ces considérations que nous venons de développer trop longuement peut-être, étaient nécessaires, avaient pour nous une grande importance, au point de

vue du but qui nous occupe et que nous n'avons pas perdu de vue un seul instant pendant que nous écrivions ces lignes. Car, malgré leur caractère négatif, et *précisément à cause de ce caractère*, tous les développements qui précèdent affirment davantage encore la fausseté des idées en cours sur les causes de la folie en général.

Et dans l'espèce, au point de vue particulier des *excès génitaux* qui nous occupe dans ce chapitre, si incomplète que soit notre description, nous ne regrettons pas ces digressions, si elles ont pu faire partager au lecteur la conviction qui nous anime, puisqu'elles nous permettent d'affirmer à nouveau la vérité clinique que nous émettions tout à l'heure *a priori*, et que nous regardons, nous l'avons dit, comme une véritable *loi* en psychiatrie : si nombreuses que soient les *formes cliniques* où l'on constate des *perversions sexuelles*, dans l'immense majorité des cas, il faut les considérer *comme effets et non comme causes.*

Il nous reste maintenant à passer sommairement en revue les *formes mentales*, les *folies* passionnelles où ce facteur étiologique (excès génitaux) joue maintenant un rôle vrai, et pour lesquelles on puisse nettement l'incriminer, et ne pas y voir simplement un *effet*, un symptôme de la maladie. — Car, si nous avons tenu à insister sur la rareté des cas où les excès d'ordre sexuel jouent un rôle vraiment actif, causal, nous voulons, aussi bien, convaincre le lecteur que les *folies* d'*origine génitale* existent.

Nous avons personnellement vu des malades chez qui cette genèse se manifestait trop nettement pour que nous puissions émettre le moindre doute à se sujet.

Et non seulement il existe, et nous avons pu assez souvent le constater, des *déviations mentales* que les passions sexuelles avaient contribué à faire naître dans une large mesure, mais, à plusieurs reprises, il nous a même été donné de pouvoir observer des aliénés dont la folie avait été créée de toutes pièces par des excès du sens génital sous forme de véritables *dépravations sexuelles*. — Et ces *aberrations*

quelquefois prenaient un tel caractère d'acuité, revêtaient une forme si anormale dans leurs raffinements, que même dans un ouvrage scientifique la plume se refuse à entrer à leur sujet dans aucune description.

Mais, d'un autre côté, si les passions de cet ordre peuvent créer parfois de toutes pièces, pour ainsi dire, certains troubles mentaux, la plupart du temps, hâtons-nous de le dire, elles ne sont qu'une *cause occasionnelle*, une étincelle qui met le feu aux poudres. La plupart du temps elles agissent comme un facteur étiologique puissant, mais qui ne fait qu'apporter son contingent aux autres causes et est très souvent lié à d'autres excès. C'est ainsi que nous avons donné ailleurs l'histoire d'un paralytique général dont l'observation très intéressante, au point de vue des causes passionnelles surtout, confirmait absolument ce que nous avançons.

Ce malade était un exemple probant de l'importance *étiologique* du surmenage cérébral dans la pathogénie de la paralysie générale, du surmenage cérébral représenté exclusivement dans l'espèce par une de ses trois modalités : le surmenage *moral*. Et nous entendons ici

cette expression dans son acception scientifique réservée, en psychologie morbide, aux fatigues, aux excès de toutes sortes. Or le malade dont il s'agit devait sans aucun doute la ruine complète de son intelligence aux excès sans nombre auxquels il s'était livré presque sans interruption pendant une période de quinze années. Car en recherchant aussi bien dans son passé héréditaire que dans ses antécédents personnels, les plus minutieuses recherches aboutissaient négativement. D'autre part on devait éliminer également les chagrins et le travail, qui étaient absolument étrangers à son état. Tandis qu'au contraire il résultait d'une observation attentive et de renseignements précis que, livré à lui-même de très bonne heure, il s'était adonné aux habitudes alcooliques et aux excès de femmes sans aucun souci ni de sa santé ni de son avenir, sans apporter le moindre répit à son organisme fatigué et surmené par les veilles. — Aussi, en présence de toutes ces données aussi rigoureuses, tous les certificats médicaux venaient corroborer le nôtre et affirmer l'origine *passionnelle* et en même temps *génitale* de sa paralysie générale.

Mais cette influence *génitale* admise sans conteste comme cause de la folie n'est pas difficile à démontrer en clinique, soit que cette influence soit exclusive ou plus souvent simplement adjuvante.

La difficulté commence lorsqu'il s'agit de préciser les formes qu'elle crée en pathologie mentale.

Il y a là, en effet, une étude de séméiologie psychologique des plus complexes et à laquelle ne se prêtent nullement les limites de notre cadre. Aussi nous en tiendrons-nous ici à une analyse sommaire, aux détails se rapprochant le plus étroitement des *états passionnels*, et surtout de leurs *causes*.

Dans cet ordre d'idées, si nous nous contentions des résultats fournis par nos propres recherches, l'affection mentale qui présente les affinités les plus étroites avec les excès génitaux est la paralysie générale, et la paralysie générale à forme commune, c'est-à-dire avec

délire des grandeurs. Si nous consultons une statistique établie par nous dans ce sens, encore inachevée, et que nous ne publierons que dans un travail complet sur la question des *idées érotiques*, on trouve quatre ou cinq observations de paralysies générales où cette causalité ressort très nettement et à l'exclusion de tout autre facteur étiologique étranger, ce qui, sous le bénéfice de recherches ultérieures, nous donne la moyenne approximative de *six à huit pour cent.* — Ce chiffre est énorme si on le compare aux autres variétés psychologiques, où les perversions *érotiques,* ainsi que nous l'avons prouvé plus haut, jouent un rôle causal si peu actif. Et, ici encore, nous ne pouvons ę leur sujet que faire une énumération encore incomplète.

Disons tout d'abord à ce propos que, contrairement aux idées généralement admises, la *folie érotique* et l'*érotomanie*, deux formes mentales placées aux antipodes l'une de l'autre par leurs caractères distinctifs d'*obscénité* dans le premier cas et de pureté quasi *virginale* dans le second cas, disons d'abord que ces deux modalités psychiques, si dissemblables d'ailleurs,

n'ont jamais leur source dans les excès génitaux, bien que cependant, dans le premier cas, elles représentent l'image pathologique de l'*amour obscène*, et pour le second, le reflet de l'*amour pur*, de l'*amour platonique* et *idéal*.

Si maintenant, en dehors de la paralysie générale, où leur influence étiologique des plus nettes est assez fréquente, on est forcé d'avouer que dans l'état actuel de la science on ne peut donner aucun chiffre proportionnel sûr, à propos des autres affections mentales dues à des excès génitaux. Il est vrai que depuis assez longtemps nous avons recueilli, dans cet ordre d'idées, des observations concluantes ; mais notre statistique ne repose pas encore sur des cas assez nombreux pour que nous voulions donner des conclusions rigoureuses dans ce sens. Seulement, dès à présent, les matériaux que nous avons recueillis, nous permettent déjà de donner quelques aperçus originaux dans un ordre de recherches qui n'ont pas encore été tentées, tant il est difficile de pouvoir recueillir des confessions de cette nature pour remonter aux *causes vraies*, ce qui était notre but.

Aussi, après la paralysie générale, sans bien entendu donner de chiffres, nous croyons que les *passions érotiques* peuvent produire des *démences précoces*, surtout quand les excès en question ont revêtu la forme de l'onanisme effréné. Et ici, il importe encore de bien faire remarquer qu'il ne faut pas confondre ces cas avec d'autres fréquents, où la masturbation est un *effet* de l'*état mental*, comme dans la *débilité mentale*, etc. Et, à ce propos, malgré l'autorité des maîtres qui ont émis ces idées, nous ne craignons pas d'affirmer que la *folie des spermatorrhéiques* de Legrand du Saulle, la *folie de la masturbation* de certains auteurs, rentrent dans la même catégorie, et n'ont rien à voir avec les *folies passionnelles*.

Après la *démence*, ces causes paraissent avoir produit chez d'autres de nos malades, très rarement il est vrai, quelques formes *vésaniques* pures. Mais il est évident qu'ici elles ont dû être activement appuyées par un autre facteur étiologique puissant, l'*hérédité*.

Sous ces réserves, nous avons observé, dans cet ordre d'idées, un cas de *lypémanie* avec tendances démentielles et pouvant rentrer dans

la variété dite *mélancolie anxieuse.* Nous devons à la vérité de dire que dans le cas dont il s'agit, en remontant dans le passé du malade, on trouvait qu'il avait eu un père *vésanique*, mort dans une maison de santé. Mais jusqu'à l'âge de trente-sept ans, malgré une observation clinique quasi journalière du médecin de la famille, dont l'attention continuellement en éveil n'avait été attirée par aucune anomalie dans son état mental, rien n'avait pu faire soupçonner l'éclosion du mal. Et tout nous autorise, dans le cas particulier, à incriminer l'*érotisme* pour une large part, lorsque l'on saura que les premiers symptômes n'ont commencé à frapper son entourage qu'après une longue vie de débauches, où les excès de femmes jouaient un rôle presque exclusif. Certes, nous avons trop souvent été à même de déplorer les effets terribles de l'atavisme pour nier chez ce *mélancolique* la force de la *tare héréditaire* paternelle. Nous sommes même persuadé qu'elle a été la cause *sine qua non*, vraie; mais ce que nous pouvons affirmer aussi, en nous basant sur l'analyse minutieuse des symptômes, de leur marche et de leur évolution, c'est que notre malheureux aliéné, bien

qu'éminemment *prédisposé* à la folie de par la fatalité paternelle, avait jusque-là présenté une résistance psychique du meilleur augure. En d'autres termes, des renseignements très précis fournis sur son histoire pathologique, on peut en définitive tirer des conclusions absolument en rapport avec les idées que nous défendons.

Même pour les *vésanies* pures, on peut incriminer les *excès génitaux* et leur attribuer dans leur étiologie une part prépondérante. Autrement dit, le feu, il est vrai, couve sous la cendre de par l'hérédité, mais, dans bien des cas, tout fait présumer qu'il serait resté ainsi à l'état latent et indéfiniment pour le plus grand intérêt de certains imprudents, lorsque l'étincelle, jetée volontairement sur le foyer de l'incendie, a tout compromis en quelques instants, malgré les meilleurs présages. Et, sans entrer ici dans des détails trop longs, nous avons la conviction que c'est ainsi qu'il faut interpréter le rôle absolument actif des *excès érotiques* dans la genèse des vésanies en question, vésanies pour lesquelles ils ont été l'étincelle nécessaire qui a causé tout le mal.

Toujours à titre anecdotique pour ainsi dire et non d'observation clinique, nous pouvons, en dehors de ce cas de mélancolie, signaler un cas de *délire de persécution*, type Lasègue, qui rentre dans le même ordre d'idées que la maladie précédente; il prête, en effet, aux mêmes considérations étiologiques sur le rôle comparé, la part *causale* à attribuer à l'hérédité et à l'érotisme. Le *délire des persécutions* dont il s'agit est bien le type classique, c'est-à-dire essentiellement *vésanique*. Et cependant, ici comme précédemment, nous ne craignons pas d'affirmer que les *perversions génitales*, chez ce malade, doivent être regardées comme la cause de tout le mal. Ici, comme précédemment, nous avons procédé par voie d'analyse et d'élimination, et sans entrer dans aucun détail, nous nous contenterons d'affirmer que le résultat des recherches minutieuses faites dans ce sens a été aussi absolument favorable à nos idées. Nous nous contenterons de distraire une seule pièce de notre dossier analytique, à titre de document, et nous demandons au lecteur la permission de citer ici une lettre très intéressante à ce point de vue. Elle résumera assez bien toute la puissance

étiologique de ces tendances génitales, quand elles poussent l'érotisme jusqu'au raffinement, jusqu'au paroxysme. Elle est écrite par son père, qui l'affectionnait beaucoup. Nous la trouvons trop navrante dans sa simplicité *documentaire*, qui démontre péremptoirement les effets pernicieux des *excès génitaux*, pour que nous ne respections pas et sa forme et son style. D'autant qu'elle met bien en vedette... l'*autre* coupable, la femme, qui souvent joue le rôle prépondérant, et qu'elle montre bien également la force de l'atavisme, en mettant au jour la perversité génitale de deux sœurs du malade.

Lettre n° 1.

Monsieur,

Monsieur le Docteur,... on ne vous a sans doute pas dit que la femme de mon fils a, à Saint-Malo, une sœur dont il a fallu également faire admettre le mari dans un asile d'aliénés, en Ille-et-Vilaine, où il est mort.

Cette coïncidence vous frappera peut-être. Quant à moi, connaissant la nature... un peu évaporée de ma bru, pour ne pas dire autrement — je me dois de ne rien céler à un homme de haute science comme vous, — je soupçonne fortement les deux époux victimes de plaisirs

trop raffinés (indépendamment de privations de nourriture supportées par mon fils au profit de sa femme, qui s'était emparée de toutes ses facultés).

Il y a peut-être erreur de ma part, mais la coïncidence n'est pas moins singulière.

Je me souviendrai toujours que mon pauvre ami le comte d'... qui a été frappé d'aliénation mentale et est mort à Vanves il y a une quinzaine d'années, avait la funeste habitude de se plaire à certaines succions.

Mon fils, que j'ai été voir à Sainte-Anne avec ma fille, qui y est retournée plusieurs fois, est entouré de si excellents soins sous la surveillance de M. le docteur Pichon et grâce à vos bienveillantes recommandations, qu'il ne saurait être mieux nulle part ailleurs.

A ce propos, permettez-moi, Monsieur le docteur, de vous faire observer aussi que sa mère, sa sœur et moi, nous n'avons pu aller le voir jusqu'à présent qu'avec ma bru, munie seule d'une permission. *Elle paraît ne pas vouloir que nous voyions mon fils sans elle*, de même qu'elle n'a pas voulu que je l'accompagnasse à son entrée à Sainte-Anne.

Veuillez agréer, etc., etc.

Pour terminer cette longue description, nous ne pouvons mieux faire que d'opposer à la lettre précédente un second document d'ordre tout à fait différent. Il y aura là pour le lecteur un *contraste* essentiellement clinique qui montrera une fois de plus la dissemblance absolue qui existe

entre les maladies que nous venons de décrire, c'est-à-dire *causées* par *l'érotisme*, et les affections sur lesquelles nous avons tant insisté au-dessus de ce chapitre, et pour lesquelles *l'érotisme*, au contraire, « n'est qu'un effet » : C'est la lettre d'un jeune homme fort instruit, et chez qui l'excès de travail avait provoqué un *accès de dégénérescence mentale*. Nous la donnons dans son entier.

Lettre n° 2.

Monsieur le docteur Pichon, préposé à la garde des fous.

... Et vous vous étonnez que par suite de l'inversion extraordinaire, anormale et malentendue, que l'on fait subir chez moi au sexe masculin... d'où il suit que je suis forcé de subir ces monstrueux assemblages comme on n'en voit qu'à Naples, en Orient ou chez les francs-maçons, en dépit du désespoir de la pauvre victime. Ne suis-je pas ainsi les latrines... obligées de ces élucubrations malsaines. On veut me rendre anémique ici en me faisant servir de jouet à des bêtes humaines, compliquées d'un esprit à la Pourceaugnac.

J'arrive ici; déjà pendant toute ma jeunesse en proie à l'impudicité d'une nation dont la tête tourne, *je deviens la prostituée d'une centaine de fous, presque* tous rotu-

riers, presque tous malsains, en un mot *le rebut* du rebut de la société; on me corrompt comme le roi de Rome, on m'emprisonne comme Marie Stuart, on me brutalise comme Louis XVII, on m'immole comme Jeanne d'Arc, on me martyrise enfin comme on a martyrisé Jésus-Christ, et si l'on osait me dire en face toute sa pensée, ce serait au nom de Jésus-Christ même que l'on me ferait souffrir, ce seraient les souffrances et la mort du Christ et dix-huit siècles de christianisme que l'on me jetterait à la figure !

O mon Dieu! il semblait pourtant que le passage du fils dût assurer le passage, la vie et surtout l'honneur, oh oui! l'honneur de la mère, du Saint-Esprit Et voilà ma part! Ah! qu'ils prennent donc garde, ces hommes, que je répète un jour sur leur tête la malédiction de Marius partant pour l'exil, aux sept collines de Rome.

Vous m'accusez de me masturber le jour et la nuit, mais faites-moi donc l'opération de la circoncision, et pour parler un langage que les impudiques parlent et comprennent, *châtrez-moi donc comme on châtre un chien :* je vous le redemande, moi, majeur et jouissant de toute ma raison, pour prouver ma vertu, et *m'abriter contre la prostitution des pourceaux*.

Je l'ai dit, seront circoncis : tous ceux qui doivent m'entourer, tous ceux qui m'ont outragé, jeunes et vieux, hommes et femmes.

Maintenant, Messieurs, tâchez de bien comprendre le sens de cette lettre.

Si vous saviez combien il y a des gens ici dont j'aurai la tête, on ferait un peu moins *et le pourceau et le brutal*.

Je puis assurer d'avance que sur toutes les personnes que j'ai connues, il n'en est pas dix dont je ne veuille la tête, et je ne considère les dignités que la France peut me donner que comme un moyen plus prompt d'exercer ma vengeance, et une route plus sûre pour arriver à mes fins.

Je me moque des francs-maçons, et par suite des hommes d'État assez bêtes pour croire aux bêtises de l'esprit ; mais personne ne sera prisonnier, car je serai circoncis ou je me mutilerai : je suis assez culotté comme cela.

Je le dis en vérité : le ciel et la terre passeront, mais mes paroles ne passeront point, car elles sont vérité et vie, et malheur à ceux qui me feront des observations sur cette lettre !

Lettre n° 4.

Messieurs,

Voici bientôt quatre mois que je suis enfermé à Sainte-Anne. Selon les uns, c'est parce que je croyais être nommé cardinal-archevêque à la mort de Monseigneur Guibert dont l'humble coadjuteur, venu sans doute de Rome tout exprès, a pris si gentiment la place ; selon les autres, c'est parce que des personnes m'en veulent; bien plus ce serait (on a dû me dire cela à moi, le fils de la femme) parce que j'avais la mauvaise habitude de me masturber; enfin la bêtise humaine va si loin que l'on va jusqu'à voir dans ma *maladie un de ces cas si terribles*

dont la solution est un changement de sexe, ou tout au moins la suppression des deux.

Voilà où peut aboutir la raison humaine soutenue par la religion : voilà où elle conduit un jeune homme qui devrait être, si je puis ainsi parler, le tressaillement de joie du monde entier. Partout où je vais, on me demande : Qui êtes-vous donc ? comme si l'on ne me connaissait point. Comment tout a frémi quand l'on a su que j'étais Dieu, et l'on m'a mis parmi les fous quand j'ai dit *que l'on me destinait au cardinalat, que j'étais déjà cardinal in petto !* O bêtise humaine !

Nous n'irons pas plus loin. Nous croyons avoir suffisamment démontré les deux seuls points qui nous intéressaient ici dans la *folie érotique :* les excès génitaux considérés comme *effets* des maladies mentales, et dans une seconde partie envisagés comme *causes.*

Dans la question si *intéressante* à divers titres des troubles *érotiques*, ces deux seuls points présentaient un rapport avec le sujet de nos études, avec les *folies passionnelles*. Mais nous nous réservons d'utiliser plus tard des recherches que nous avons faites depuis longtemps dans ce sens.

TROISIÈME PARTIE

LES PASSIONS A LA MODE

CHAPITRE PREMIER

DE LA MORPHINOMANIE DANS SES CAUSES

Lorsque nous avons conçu le plan de notre livre sur les *Folies passionnelles*, nous n'avions pas eu l'intention de donner un si grand cadre à notre travail. Nous pensions seulement, en dehors des causes générales et d'ordre philosophique et social que nous avions surtout pour objectif, nous pensions les appuyer en étudiant *au même* point de vue les trois grandes modalités *passionnelles*, par excellence : la *paralysie générale*, l'*alcoolisme* et l'*érotisme;* mais nous ne pensions pas aller plus avant.

Mais, en notre qualité de médecin de Sainte-Anne, nous avions à notre disposition un grand nombre de matériaux et d'observations. D'autre part, nous avions déjà publié des *études cliniques et médico-légales* complètes sur un au moins de ces états passionnels.

En ne les reprenant ici que sous un de leurs côtés, bien moins vaste, le *côté étiologique, pathogénique*, nous avions un travail rendu des plus faciles de par nos recherches antérieures. Nous avons été séduit par ces considérations, et nous avons pensé que le lecteur nous verrait avec plaisir ajouter un livre complémentaire aux affections *toxiques*. Car celles-ci rentrent sans conteste dans le cadre de nos *folies passionnelles*, et on peut les grouper sous le nom de *passions à la mode*.

Dans cet ordre d'idées, par ordre de mérite pour ainsi dire, la première place appartient à la *morphinomanie*. Nous avons publié à son sujet déjà un travail très complet (1). Nous y renvoyons le lecteur.

Mais, depuis que ce travail a paru, nous avons recueilli de nouveaux faits, qui, préci-

(1) *Le Morphinisme*, in-12 de 525 pages, Oct. Doin, éditeur.

sément au point de vue très limité ici des *causes* de l'étiologie de cette *folie passionnelle*, nous permettront de résumer très brièvement, du reste, les rapports si intéressants que cette *passion à la mode* présente avec notre sujet, avec les causes passionnelles.

Du morphinisme par euphorie « passionnelle ».

A côté de cette grande cause du morphinisme, une thérapeutique mal comprise, il y a toute une catégorie de morphinomanes rentrant absolument dans notre cadre : ce sont ceux chez qui la porte d'entrée de l'intoxication n'a pas été une maladie. C'est cette catégorie de morphinomanes que l'on appelle les *morphinomanes par euphorie passionnelle*. Remarquons ici que cette expression « *euphorie* » employée par Levinstein n'est pas de ce dernier, mais bien de Fiedler, qui l'a employée le premier.

Disons-le de suite, cette catégorie de morphinomanes est peu digne de pitié : ce sont les véritables ivrognes de la morphine. C'est un morphinisme *acquis*, qui est par rapport au premier ce que la syphilis acquise est à la syphilis congénitale, ce que l'ivrognerie alcoolique est à la dipsomanie. Ils ont été chercher eux-mêmes le poison qui doit les consumer;

l'accoutumance n'est venue que plus tard. Ici ils sont véritablement coupables, tandis que tout à l'heure on n'avait devant soi que des malades.

Nous aurons occasion de développer ces considérations étiologiques dans notre dernière partie (Voir la *déontologie médicale*), mais nous tenons dès à présent à établir une grande division entre ces deux grandes classes de morphinomanes. Cette division s'impose non seulement au point de vue étiologique, mais aussi au point de vue symptomatique et même pronostic.

Il n'y a donc en réalité que ces deux grandes origines, que ces deux grandes sections d'étiologie dans la morphinomanie, *l'origine thérapeutique*, *l'origine euphoristique*.

La première, nous l'avons vu, pourra comprendre—nous avons invoqué pour cela les données physiologiques — tous les tempéraments, toutes les classes, car les piqûres de morphine quel que soit le tempérament individuel, s'imposent au bout d'un certain temps comme une nécessité.

La seconde, au contraire, pourra comprendre une foule de gens, mais surtout ceux qui, par

leur tempérament naturel, se trouvent attirés vers l'inconnu. Or, quelle est la classe en nosographie qui a une tendance marquée à rechercher les voluptés inconnues, si ce n'est cette grande classe de déséquilibrés, d'anormaux, de cérébraux, d'originaux, de dégénérés, quel que soit le nom qu'on leur donne, qui, en raison de leur accumulation d'hérédité, ont reçu le nom d'*héréditaires*, et sur lesquels on a tant discuté ces dernières années?

En effet, c'est dans cette classe nombreuse, où l'on recrute les intoxiqués de toute espèce, que l'on recrutera le plus de morphinomanes euphoristiques, de morphiniques dont l'intoxication a une origine purement passionnelle. C'est ce qui fait que beaucoup de morphinomanes sont névropathes, hystériques, alcooliques, etc., etc.

Ce sont les morphinomanes de cette catégorie qui sont les dignes acolytes des fumeurs d'opium de Chine, des mangeurs d'opium de Turquie, des thériaquis de Turquie. Or, absorber l'opium en le fumant, en le mangeant, ou en se l'injectant dans les veines, c'est tout un, du moment que le but est le même, recherche de

l'ivresse voluptueuse. Dans tous les cas, ce qu'il y a de certain, c'est que l'aboutissant final est le même : l'abrutissement. Les morphinomanes thérapeutiques ne sont devenus morphiniques que par la force des choses. La première fois qu'ils ont réclamé de la morphine c'était par nécessité parce que cet agent leur était devenu un aliment nécessaire.

Les opiophages, les thériaquis et les *morphinomanes par euphorie* ne méritent pas plus les uns que les autres d'être pris en pitié : ce sont de vulgaires ivrognes au même titre que les alcooliques; ceux-ci cherchent l'abrutissement dans l'ivresse éthylique, dans l'ivresse absinthique, ceux-là dans l'ivresse morphinique : là seulement est la différence.

On comprend dès lors que les déséquilibrés de toute espèce soient ceux qui aient pu payer le plus large tribut à cette intoxication.

D'autre part, il est une conclusion rigoureuse qui s'impose à la lecture raisonnée de toutes les statistiques connues jusqu'à présent, c'est qu'il n'y est fait mention que des classes élevées de la société. Nulle part, même dans de

faibles proportions, au point de vue du moins de l'origine passionnelle du mal, il n'est question des classes inférieures. C'est là évidemment une lacune grave, dans l'état actuel de la science, lacune qui trouve cependant son explication toute naturelle dans ce fait que, pendant longtemps, le morphinisme est resté l'apanage exclusif des lettrés, des savants, des classes privilégiées.

Mais actuellement, grâce à ses causes multiples et complexes dont nous parlerons tout à l'heure, on sait que dans ces dernières années l'intoxication morphinique a pris une extension considérable, et qu'elle a envahi non seulement les milieux moyens et bourgeois, mais qu'elle a pénétré jusque dans l'atelier, jusque dans la chaumière même. — Il y a enfin toute une catégorie très nombreuse de morphinomanes, que nous avons pu observer à loisir durant deux années d'études médicales aux infirmeries du Dépôt, nous voulons parler des femmes galantes. Il ne peut en effet faire de doute pour personne que, actuellement, en dehors des femmes du monde dont il n'est pas parlé non plus, les femmes du demi-monde, à Paris au moins, payent un large tribut à la ma-

ladie, jusqu'au jour peu éloigné où, si on n'intervient pas, la morphine sera, au même titre que l'alcool, répandue dans toutes les classes de la société.

En tenant compte de toutes ces considérations, il importait, pour être au courant de l'état actuel de cette question si palpitante d'intérêt, de pouvoir consulter une statistique qui tînt compte de tous ces nouveaux éléments, de tous ces nouveaux facteurs. Si la science marche, on peut malheureusement en dire autant des maladies même artificielles qui nous infestent; et parmi ces maladies, on peut dire sans crainte d'être taxé d'exagération, que les folies passionnelles et en particulier le vice morphinique en tient la tête. En trois ou quatre ans il a marché à pas de géant, étendant ses ravages partout. De telle sorte qu'un tableau comparatif professionnel, très exact et très vrai il y a quinze ans et même dix ans, doit forcément être regardé aujourd'hui comme très imparfait, considéré du moins comme élément d'information, et ne donnerait qu'une idée très incomplète de l'étendue du mal.

Aussi pour toutes ces raisons, depuis très

longtemps déjà avons-nous recherché les bases d'une statistique, assez complète pour avoir une opinion exacte de l'extension du mal, de ses différentes étapes et de sa signification au point de vue professionnel, car il y a là, comme nous le verrons dans la suite, des indications sérieuses au point de vue du traitement tant prophylactique que curatif. Nous n'avons pas tenu compte évidemment de tous les cas d'intoxication observés par nous : nous avons éliminé tous les faits où la profession ne portait pas une étiquette absolument nette, ainsi que tous ceux insuffisamment caractérisés et où la passion morphinique n'est pas clairement démontrée. C'est pourquoi nous n'avons retenu que les observations de *morphinisme* et de *morphinomanie*, telles que nous les avons définies tout à l'heure. Tous les cas ayant trait soit à l'intoxication aiguë, soit à l'intoxication passagère des morphinisés, soit à la morphinisation expérimentale ou accidentelle, etc., sont ainsi exclus de notre statistique.

En procédant de la sorte, en éliminant soigneusement tous les faits douteux, nous sommes arrivé à un total de plus de cent cinquante

observations *personnelles* recueillies depuis sept ou huit années dans les différents milieux où nous avons été à même de puiser. Parmi elles, beaucoup ont été prises dans les quartiers ou dans les consultations des asiles, car, comme nous essayerons de le prouver plus tard, le placement des morphinomanes dans les asiles d'aliénés est absolument légitime. D'autres, en assez grand nombre, ont été recrutés dans les salles d'hôpitaux. Plusieurs de nos malades ont été observés dans ce milieu tout à fait spécial qu'on appelle l'infirmerie du Dépôt, ce qui, forcément, donnera un cachet particulier à notre statistique ; mais il est juste de faire remarquer à ce propos que si, en raison de ce fait, notre tableau *comparatif* perd un peu de sa valeur absolue, il gagne en revanche en ce qu'il tient compte d'un élément nouveau important, l'élément criminel ou délictueux, que tout autre à notre place eût été forcé de négliger. Quelques-uns enfin des cas qui rentrent dans notre statistique sont pris dans la clientèle particulière, tant parmi les malades que nous avons été appelés à soigner que parmi des amis, des confrères même ou de simples connaissances.

Il reste bien entendu que nous confondons maintenant les cas de morphinomanie à origine *passionnelle* et ceux à origine *thérapeutique* et *médicale*. A ce point de vue, on doit regretter que dans les statistiques allemandes ou étrangères il ne soit pas tenu compte de cette double origine. Les cas de morphinisme y sont recueillis en bloc, sans qu'on ait fait cette division, qui offre cependant un grand intérêt, non seulement descriptif mais clinique, je dirai même philosophique. — Mais enfin cette lacune, nous avons essayé de la combler tout à l'heure, car il n'existe pas, à notre connaissance, de tableau statistique de cette nature, ni en France ni à l'étranger. Nous n'y reviendrons pas, et nous nous contenterons de rappeler ici que l'origine *thérapeutique*, *chez nous* du moins, nous a paru être plus fréquente que l'origine *passionnelle*, dans les proportions des quatre cinquièmes. — Dans la statistique que nous donnons en ce moment, nous nous plaçons à un point de vue beaucoup plus général, et sur les soixante-quinze observations que nous apportons à l'appui de notre thèse, ces deux éléments y rentrent forcément mélangés.

Du reste, en faisant notre statistique, nous avons voulu avant tout nous placer à un point de vue pratique et aider à la prophylaxie du mal, et, pour ce faire, nous devons simplement tenir compte de la profession. Il nous a paru oiseux d'indiquer dans un tableau l'âge comparatif des malades. Nous aurons plus tard occasion de donner quelques renseignements à ce point de vue. Il nous a aussi paru rationnel de procéder par ordre de mérite, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Cette statistique s'arrête au mois d'août 1890.

20 Médecins.
11 Étudiants en médecine.
6 Pharmaciens.
4 Étudiants en pharmacie.
9 Ouvriers.
5 Infirmiers.
2 Garçons de laboratoire.
1 Fabricant d'instruments.
5 Artistes.
4 Etudiants en droit.
3 Hommes de lettres.
4 Négociants.
5 Propriétaires.
3 Avocats.
2 Paysans cultivateurs.
1 Marin.
2 Prêtres.
2 Officiers.
3 Employés de commerce.
2 magistrats.
1 Journaliste.

95

12 Épouses de médecins.
4 Épouses de pharmaciens.
16 Femmes du demi-monde.
17 Ouvrières de toute catégorie.
6 Infirmières (surveillantes ou filles de salle).
5 Artistes.
6 Femmes du monde.
1 Sage-femme.
2 Domestiques.
1 Religieuse.
2 Jeunes filles.
1 Enfant.

73

Il y a tout d'abord une conclusion qui s'impose à la lecture de cette statistíque, c'est qu'elle diffère très sensiblement des autres statistiques, allemandes et étrangères. Or, comme ces dernières remontent à plusieurs années, c'est là une preuve indéniable que le morphinisme a pris depuis quelque temps des proportions imprévues inquiétantes.

Il y a des catégories entières de morphinomanes, dont il n'est même pas fait mention dans les tableaux allemands, et qui, dans notre statistique, sont représentées par un chiffre énorme.

Tout d'abord en effet une première conclusion frappe vivement l'esprit, c'est que les classes moyennes et inférieures, qui semblaient autrefois devoir échapper au fléau, lui payent maintenant un aussi large tribut que les classes privilégiées. Il y a à cela des causes multiples et complexes dont nous parlerons plus loin, mais dont on doit citer dès à présent la principale : l'exemple, la contagion, qui s'exercent, comme nous le verrons, sous plu-

sieurs formes. Mais le fait saillant qu'il nous importe surtout de retenir ici, c'est que, actuellement, les gens du peuple, les ouvriers et les ouvrières, se morphinisent tout autant que les gens des milieux supérieurs. C'est ainsi que dans notre statistique nous trouvons plus de 25 ouvriers et ouvrières de toutes catégories, sans parler des infirmiers, des garçons de laboratoire, etc., dont la passion a une signification particulière, comme nous l'avons vu.

On y remarque même que les gens de la campagne ne sont pas absolument à l'abri de la contagion, ainsi que les habitants des côtes. Ils rentrent, il est vrai, pour une très faible part dans notre tableau comparatif, mais il y a lieu ici de faire remarquer que nous avons surtout pris nos sujets d'observation dans les villes, et que nous n'avons eu occasion de puiser des renseignements dans les milieux dont nous parlons, qu'accidentellemont et pendant peu de temps. Et nous pouvons ajouter qu'à ce point de vue notre statistique est au-dessous de la vérité, si nous nous en rapportons aux renseignements fournis par des confrères de la campagne, qui nous ont cité des exemples in-

déniables de morphinisme, à origine non seulement thérapeutique, mais même passionnelle. Nous ne pouvions pas, cela va sans dire, en tenir compte dans une statistique sérieuse, puisque nous n'avons pas pu observer les malades en question et relever l'histoire de leur affection. Les deux marins dont nous parlons ont été soignés par nous-même, pendant un très court séjour dans une petite station maritime ; ils ne présentaient du reste aucune particularité et tenaient leurs habitudes d'un traitement mal approprié. En effet, nous montrerons dans la dernière partie de notre mémoire à quels abus en sont arrivés certains praticiens qui distribuent à tort et à travers, et pour la plus petite migraine les injections morphinées, au plus grand détriment de leurs malades; car en province, si c'est une médication toute trouvée, un remède facile à emporter avec soi dans les tournées, et qui satisfait immédiatement le client le plus difficile, il ne faut cependant pas perdre de vue qu'une première piqûre peut entraîner des conséquences irrémédiables !

Nous n'avons pas cru nécessaire de faire deux catégories séparées pour les propriétaires

et les rentiers, comme le fait Levinstein. Chez les deux malades dont nous parlons, il ne s'agissait du reste que de l'origine thérapeutique.

Pour ce qui est du vice morphinique observé chez la femme, notre statistique diffère aussi très sensiblement des statistiques allemandes. Dans la statistique de Levinstein par exemple, il n'est pas question une seule fois ni des ouvriers comme nous l'avons dit tout à l'heure, ni des femmes galantes. Il est vrai d'ajouter que nous avons observé pendant deux ans dans un milieu absolument particulier, l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de police et les infirmeries du Dépôt, où nous avons puisé un grand nombre de nos observations. Mais cependant, quelques-uns des cas de morphinisme que nous relatons ont été pris ailleurs, soit dans les salles d'hôpital, soit dans la pratique courante. Aussi, tout en faisant quelque réserve au point de vue de la moyenne proportionnelle, de la valeur relative et absolue de notre statistique, nous avons le droit de dire qu'elle est conforme à la réalité des faits cliniques. Il y a là du reste des rai-

sons d'ordre général sur lesquelles nous reviendrons plus loin, mais que nous pouvons indiquer déjà sommairement dans un chapitre d'étiologie :

Dans le monde des aliénistes, il est un fait notoire et reconnu comme banal, c'est le grand contingent que les femmes galantes fournissent à l'aliénation mentale; et, parmi ces dernières, celles qui en occupent pour ainsi dire le dernier échelon, les filles publiques, en revendiquent la plus large part, pour des motifs d'ordre philosophique. Quoi d'étonnant alors, que parmi les intoxiqués morphiniques d'origine *passionnelle*, qui se recrutent surtout parmi les déséquilibrés, quoi d'étonnant qu'elles atteignent dans notre tableau comparatif une si large proportion ! Nous ajouterons même que pour la morphinomanie, comme pour les formes toxiques ou les autres états psychopathiques, nous avons remarqué qu'elle prédominait également chez les femmes de la dernière catégorie que l'on désignait couramment dans les bureaux et les dispensaires du Dépôt sous le nom d'insoumises. Et nous donnerons plus loin incidemment des observations de filles arrêtées pour s'être li-

vrées à la prostitution clandestine la plus éhontée, et chez lesquelles, la gardienne préposée aux fouilles réglementaires avait découvert tout l'attirail nécessaire aux injections hypodermiques.

Dans le chiffre des *femmes du monde* que nous donnons, et pour lesquelles nous n'avons pu trouver d'autres dénominations, une devait sa maladie à l'influence thérapeutique, et les deux autres à une origine passionnelle. L'origine *passionnelle* devait être incriminée également pour les artistes qui rentrent dans notre statistique. Les deux domestiques dont il s'agit avaient obéi toutes deux à la contagion de l'exemple de la part de leurs maîtresses morphinomanes. Chez l'une d'elles, il y avait eu même un véritable encouragement, de véritables conseils à se morphiniser : la maîtresse, morphinique et hystérique par surcroît, faisait autour d'elle une véritable campagne pour gagner des adeptes à son vice, en vertu de ce penchant au prosélytisme qui s'empare de tant de morphinomanes au début. Celle-ci avait d'abord naturellement essayé de gagner sa domestique, qui, véritablement harcelée (nous tenons

ce fait de sa propre bouche), avait fini par succomber à ses incitations répétées, et était devenue peu à peu morphinomane. Elle a du reste guéri.

Pour ce qui est des autres professions nous n'avons rien à ajouter si ce n'est que dans notre statistique comme dans celle d'Erlenmeyer, comme dans celle de Levinstein, la même conclusion s'impose : c'est que l'*exemple domine toute la pathogénie du morphinisme*.

En ce qui concerne les femmes de médecins, les femmes de pharmaciens, cette étiologie ressort pleinement : pour tous les cas que nous mentionnons, il n'y a aucun doute à cet égard, et ils concernent tous des faits bien connus de nous, dans lesquels l'auteur principal, le seul coupable même, est le mari. Nous pouvons tirer les mêmes conclusions à propos des infirmiers et des sages-femmes, qui, bien probablement n'auraient jamais contracté ces funestes habitudes, sans les contacts professionnels de toute nature avec les médecins, avec les malades, et surtout avec les médicaments.

Dans cet ordre d'idée, nous pourrions citer à

l'appui de notre thèse bien des observations intéressantes, ayant trait à des malades morphinomanes étudiés considérés dans leurs rapports avec le personnel chargé de les surveiller; mais, bien que libre de tout engagement, nous sommes, cependant dans quelque mesure, tenu à une certaine discrétion professionnelle à l'égard de révélations faites à nous seulement.

S'il nous était permis à ce propos d'entrer dans quelques détails, nous pourrions citer des cas indéniables dans lesquels des personnes chargées de surveiller des intoxiqués en traitement progressif leur ont non seulement administré des piqûres en cachette, mais s'administraient des injections de morphine en compagnie de leurs malades, et cela, à l'insu du médecin qui plaçait en eux toute sa confiance. Ce qui prouve une fois de plus, disons-le incidemment, que dans le traitement de cette intoxication, le *médecin doit compter sur lui seul*, et vérifier par lui-même si ses prescriptions sont suivies.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette dernière partie de notre statistique, que la contagion médiate ou immédiate joue un grand rôle étiologique, un rôle complexe même, dans l'histoire de la

morphinomanie. Aussi, à ce titre, nous devons, dans un chapitre d'étiologie, entrer dans quelques considérations nécessaires au point de vue prophylactique. Nous en ferons l'objet d'un quatrième paragraphe. Mais avant d'analyser ce nouveau facteur étiologique qui comporte des développements assez longs, il nous faut, pour le mieux saisir, étudier une nouvelle classe d'intoxiqués morphiniques qui nous paraît avoir sa place marquée dans les cadres nosologiques. Nous avons hésité longtemps avant d'en faire une catégorie spéciale. Mais après avoir longuement commenté et analysé les faits qui avaient d'abord attiré notre attention, nous avons persévéré dans notre résolution première.

L'intoxication morphinique, autrefois l'apanage des gens de la classe élevée, la passion exclusive des *délicats*, si je puis m'exprimer de la sorte, a ainsi lentement étendu son rayon depuis deux ou trois ans.

Les médecins sont naturellement les premiers qui ont goûté à la coupe empoisonnée de l'ivresse morphinique. Et, pendant longtemps, ils ont été les seules victimes de cette passion. Si on consulte en effet les premières observations

de morphinomanie, on voit que les gens de la profession ont payé un large tribut à la maladie nouvelle. Nous avons nous-même cité ailleurs l'observation d'un jeune docteur en médecine, morphinomane, qui a, du reste, succombé à la cachexie morphinique. Levinstein, dans une statistique citée par tout le monde, dit avoir observé 31 médecins sur 160 morphiniques. Landowski va plus loin, et donne sur 160 malades 81 médecins et étudiants en médecine. Les statistiques des auteurs allemands donnent à peu près cette dernière moyenne.

Nous avons à ce sujet donné, dans notre livre sur le morphinisme, tous les développements statistiques nécessaires.

Notons d'ailleurs ici qu'il est bien difficile d'établir une statistique à peu près sûre, chez nous surtout où il n'y a pas d'établissement spécial pour les morphiniques. Beaucoup vivent dans le monde sans que personne ne se doute de leur funeste passion, pas même leurs amis. On est quelquefois étonné d'apprendre un beau jour qu'un tel abuse de la morphine depuis un an et plus. Aussi Foville dit-il avec raison que l'on

coudoie partout dans le monde le morphinomane sans s'en douter.

Les pharmaciens ont suivi immédiatement les médecins dans cette voie. Zambacco cite à ce propos l'histoire d'un pharmacien morphinomane qui pesait « *à vue de nez* », dans un flacon, la dose qu'il prenait quotidiennement, avec la pensée de ne pas dépasser 2 centigrammes. « J'ai pu constater, ajoute l'auteur que nous venons de citer, qu'il y en avait à peu près cinq. Cette erreur quasi volontaire se renouvelait quatre à cinq fois par jour.

Autrefois, il n'y avait que les médecins et les pharmaciens à connaître les délices perfides de l'ivresse morphinique. Les femmes du monde, à imagination romanesque, ne tardèrent pas à se laisser séduire par certaines descriptions mi-médicales, mi-littéraires, qui dépeignaient les voluptés enivrantes de la morphine sous les couleurs les plus riantes, descriptions qui laissaient complètement dans l'ombre tout le cortège des symptômes terribles qui en sont la conséquence forcée.

La littérature extra-médicale de ces dernières années n'a pas peu contribué non plus à répan-

dre encore davantage ces funestes passions. Elle a dépeint ces abus morphiniques comme une conséquence de la névrose, la grande maladie à la mode des romanciers; et, comme se dire *névrosé*, était parfaitement porté, on s'est fait des piqûres de morphine. On avait alors atteint le but tant souhaité : on était victime de la névrose, victime de la *maladie du siècle*. On ne se doutait pas malheureusement que le névrosé, dans l'espèce l'intoxiqué morphinique, devenait parfois un malade fort peu intéressant, couvert d'abcès, aux dents branlantes, à l'haleine fétide, cent fois plus repoussant que l'ivrogne, que l'intoxiqué alcoolique. Ce serait ici le cas de livrer à la méditation des amateurs de névrose, le tableau si complet et si véridique que Zambacco a tracé dans son étude si souvent citée de la morphinomanie.

Cette déplorable passion ne fut pas longtemps la passion exclusive des médecins, des pharmaciens, des raffinés, des « *névrosés* ».

Avec la rapidité que les idées malsaines mettent à faire du chemin, grâce aux publications à bon marché qui courent Paris et même la province, la morphinomanie

devait sortir de ce cercle relativement étroit.

Après l'*alcoolisme* et l'*absinthisme*, l'intoxication qui a fait le plus de victimes, dans nos pays, du moins, c'est en effet le morphinisme.

Le morphinisme, à peine connu, voilà dix ans, a marché depuis à pas de géant.

Cette nouvelle passion est actuellement bien connue. Observée aussi bien dans les hôpitaux et les hospices que dans les asiles d'aliénés, elle a été décrite, et bien décrite, tant dans les journaux de médecine générale que dans les annales spéciales.

Car, si dans l'antiquité, quelques poètes ont élevé des temples à Bacchus, il s'est trouvé, dès les temps les plus reculés, des philosophes, des moralistes pour flétrir sévèrement ce vice, qu'on regardait déjà comme une cause de déchéance physique et morale. Et, de nos jours, l'on a pu voir tout récemment encore, en plein Sénat, l'ivrognerie dénoncée comme une *calamité publique* par M. le sénateur Claude dans un magistral rapport.

Mais ce que nous voulons dire, c'est que précisément ce qu'il y a d'intéressant dans l'his-

toire de ces passions artificielles, c'est que la nature de l'agent employé, la forme de l'intoxication, varie avec les mœurs de l'époque et des pays.

Car, enfin, nous pouvons assimiler toutes ces passions honteuses, les comparer et mettre l'ivrognerie morphinique sur le même pied que le vice alcoolique, que la passion absinthique. L'une n'est certes pas plus recommandable que les deux autres, si l'on raisonne en moraliste; et si l'on parle en médecin, on peut dire que tous ces vices sont également très préjudiciables à la santé.

Ce qui justifie précisément le rapprochement que nous faisons en ce moment, c'est que ces différentes intoxications, comme nous le verrons dans plusieurs de nos observations, peuvent alterner, se succéder, ou même coexister chez le même individu.

Eh bien! il est curieux de voir combien, en quelques années, l'engouement a varié au sujet de chacune de ces passions.

Autrefois l'apanage exclusif d'une certaine classe, cette terrible passion de la morphine a subi une si grande extension, a pris de si vastes proportions, qu'elle a pénétré dans tous

les rangs ; et qu'actuellement on peut, sans être taxé d'exagération, considérer le vice morphinique comme un péril social.

Dans un autre mémoire, nous avons abordé et discuté longuement et avec beaucoup de soin toutes ces questions d'étiologie, de déontologie, de statistique et de démographie médicale, à propos de l'ivresse morphinique. Et nous avons montré, avec des faits à l'appui, que cette passion s'était répandue, actuellement, aussi bien dans l'armée que chez les marins des côtes, aussi bien chez les illettrés que chez les lettrés, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, chez les artisans que dans les professions libérales, etc., etc.

Nous avons montré que les causes, aujourd'hui, n'en sont plus les mêmes. Presque exclusivement d'origine thérapeutique autrefois, le morphinisme est souvent, maintenant, une passion comme une autre tout simplement, qui n'a plus même l'ancienne excuse de l'influence médicale.

Devant un danger qui menace, à ce point, de se généraliser, il importe de chercher à couper

le mal à sa racine, sans attendre qu'il ait fait trop de victimes. Il importe, si l'on veut y arriver, d'imiter Magnus Huss et Motet lorsqu'ils jetèrent le cri d'alarme à propos de l'alcoolisme, à propos de l'absinthisme, et d'engager tous les médecins à pousser le cri de détresse, le *Caveant consules*, en face de cette passion nouvelle qui menace de nous envahir !

Et, pour cela, qu'y aurait-il à faire ?

Il faudrait que tous ceux qui se trouvent placés dans un milieu favorable, signalent les cas qui tombent sous leur observation et les publient. En faisant ainsi mieux connaître une maladie qu'on a de la tendance dans le monde à regarder plutôt comme une passion rare et curieuse, intéressante même, que comme un mal dangereux, ils appelleraient l'attention des intéressés. Car, hâtons-nous d'ajouter, après le tableau sombre que nous venons d'en tracer, que le morphinisme, heureusement, a une prophylaxie, au même titre et plus, peut-être, que les deux intoxications auxquelles nous le comparons, et que cette prophylaxie repose, pour une grande part, sur des mesures d'ordre administratif.

Dans cet ordre d'idées, on ne saurait trop multiplier les observations, les analyser et les envisager sous toutes les faces. Et, c'est précisément dans l'espoir de contribuer ainsi, pour une petite part, à attirer l'attention de l'autorité compétente, que nous avons entrepris d'aborder un nouveau point de l'histoire de la morphinomanie. Connaissant les dangers de cette passion et, d'autre part, la facilité et la gravité des chutes, nous ne négligeons aucune occasion de la poursuivre et de la dénoncer.

Lorsque Magnus Huss jetait son cri d'alarme en 1847, et dénonçait, dans une brochure qui fut bientôt traduite daus toutes les langues, le danger des liqueurs *alcooliques* proprement dites, on croyait, dans les milieux spéciaux, que la porte était fermée à des agents d'intoxication nouveaux. Cela n'empêchait pas M. Motet, dix ans plus tard, de pousser à son tour le cri de détresse, le *Caveant consules,* à propos de l'*absinthe*, dont l'usage commençait à prendre, alors, une extension formidable, qui n'a fait, du reste, que s'accentuer depuis.

On ne s'est pas arrêté là.

C'est alors que la *morphine* a été dénoncée à

son tour. Quand Levinstein a signalé à l'attention des médecins et des philosophes la nouvelle passion causée par cet agent enivrant d'un nouveau genre, on n'a voulu voir, d'abord, dans le *morphinisme*, qu'une passion extrêmement rare, provoquée par une thérapeutique maladroite, qu'une intoxication contractée par un nombre très restreint de raffinés.

Mais ce n'est plus ainsi qu'il faut, malheureusement, envisager la question. La morphinomanie est actuellement une passion, un vice aussi grave, aussi redoutable, plus redoutable, peut-être, que l'alcoolisme, que l'absinthisme. Il y aurait, certainement, exagération à dire que l'*ivrognerie morphinique* est aussi répandue que l'*ivrognerie éthylique* et que l'*ivrognerie absinthique*, mais personne ne saurait nier que le morphinisme ait progressé d'une façon effrayante depuis trois ou quatre ans.

De toutes les classe de la société, celle qui, par le choix de son genre de vie, rentre déjà dans la grande classe des déséquilibrés, celle que son amour de tous les excès devait pousser à cette nouvelle passion, c'était incontestablement toute cette catégorie de femmes, qui

vendent l'amour à des prix différents, et que pour cette raison on classe et on série sous le nom de demi-mondaines, femmes galantes, femmes de brasserie, insoumises, filles publiques ; aussi ont-elles été parmi les premières victimes du morphinisme ! Toutes ces femmes ont entre elles, en effet, ce point commun, qu'elles ont usé et abusé de tout à satiété. Elles se sont alors jetées avec avidité sur un poison qui leur promettait des voluptés nouvelles. Il ne faut pas oublier non plus que ces femmes se recrutent souvent parmi les dégénérées de toute espèce, ou au moins parmi les débiles ; et qu'il y a déjà dans cette tare originelle, comme nous l'avons vu plus haut, une cause prédisposante à toutes les intoxications.

C'est ainsi que pendant notre service de médecin à la préfecture de police, nous avons été à même de remarquer jusqu'à quel point ce vice était répandu parmi les filles publiques, qu'on y arrêtait en très grand nombre pour infraction aux règlements de la prostitution.

Nous avons, du reste, puisé dans ce milieu plusieurs de nos observations, et nous sommes, entré à ce sujet déjà dans quelques consi-

dérations. Dans ce milieu particulier, nous avons pu assister dans ses débuts à un mal naissant qui a certainement pris de l'extension depuis, et qui en prendra encore, puisque rien ne réglemente l'ivresse morphinique. Nous avons dit ailleurs quelle était l'origine de ce mal chez les femmes de cette catégorie, nous n'y reviendrons pas ici; plusieurs d'entre elles, dont nous avons rapporté l'histoire, sont devenues morphinomanes à la suite des insinuations idiotes de leurs amants. L'un d'eux, étudiant en médecine, imbécile et morphinomane lui-même, lui avait fait entrevoir des voluptés ineffables. Elle s'était d'abord pratiquée des injections par curiosité, l'accoutumance avait fait le reste; qu'il nous suffise de dire que ces habitudes pernicieuses sont favorisées par les intoxiquées elles-mêmes qui vantent outre mesure le plaisir ineffable de leur triste passion. En effet, sans cesse « ces morphinomanes d'un nouveau genre, montrent leur joli joujou... qui ne les quitte pas plus que leur boîte à poudre, leurs crayons et leur flacon de sel. Elles vantent les avantages multiples des piqûres de morphine,

et non seulement elles s'en font, mais encore en distribuent à des amies trop curieuses qui sont enchantées et ne se doutent pas qu'elles apprennent ainsi souvent, au milieu d'un bal ou dans une loge de théâtre, à devenir morphinomanes... Parmi les nombreuses recrues du bataillon de Cythère plusieurs portent aujourd'hui sur elles une petite seringue de Pravaz en or, et une solution de morphine contenue dans un élégant flacon. »

Ce que j'ai dit là des demi-mondaines de la haute classe, nous pouvons le dire de la population des Infirmeries du Dépôt, population flottante de filles publiques, que les « *rafles* » de nuit amènent tous les jours en grand nombre, et qui par conséquent se prête admirablement à une étude de ce genre. Nous avons décrit ailleurs leur manière de procéder; qu'il nous suffise de rappeler ici que dans le milieu où nous avons observé, de prostituées de bas étage, il est vrai, l'arsenal de la morphinomanie ne consistait nullement en « une petite seringue de Pravaz et en une solution de morphine contenue dans un élégant flacon », mais bien en un vulgaire arsenal et dans une grande

fiole, non titrée la plupart du temps, sans la moindre élégance ; j'ai, du reste, insisté sur ce détail.

Mais malheureusement le fléau n'a pas arrêté là ses ravages. Dans le peuple, nous ne parlons pas encore bien entendu des intoxications thérapeutiques, cette malheureuse passion a aussi depuis deux ou trois ans, fait de nombreuses victimes, des ouvriers, des ouvrières se sont laissé séduire ainsi par la perspective de jouissances inconnues. Mangeant mal, en proie à toutes les misères d'une vie de labeurs, voyant toutes les satisfactions humaines leur échapper, ils ont ouï dire qu'il y avait là un moyen d'oublier tous leur maux et de goûter des félicités à eux inconnues. Ils s'y sont jetés à corps perdu, oubliant tout frein et toute mesure, n'apportant pas même dans leurs passions les lenteurs calculées des raffinés de la classe supérieure.

La morphinomanie a produit ainsi dans la classe ouvrière bien des victimes dont quelques-unes sont intéressantes. Nous avons connu une ouvriere marié à un mari ivrogne et querelleur, qui a cherché des consolations dans les injections morphinées ; si son mari est un

franc alcoolique, elle est devenue une morphinomane avérée à l'heure actuelle. Je ne parlerai pas, bien entendu ici, des infirmiers, des gardiens, des surveillants dont la passion morphinique a une origine un peu différente, professionnelle, pour ainsi dire. C'est ainsi que nous connaissons une surveillante dont la passion pour la morphine ne fait de doute que dans l'esprit de ceux qui ne connaissent pas la morphine. Nous connaissons également un garçon de laboratoire morphinomane. Celui-ci, employé dans une grande maison de produits chimiques, se moque d'un autre garçon de laboratoire, alcoolique avéré, et le sermonne sur le danger de l'éthylisme; il s'en va partout vantant ses habitudes morphiniques, leur innocuité et le plaisir indicible qu'elles procurent, mettant une espèce de fanfaronnade imbécile à faire ses piqûres devant un grand nombre d'admirateurs; il n'en faut pas davantage pour jeter l'étincelle dans un public illettré, qui ne croit que ce qu'il ressent, et qui ne se doute nullement des conséquences lointaines de pareilles habitudes.

Ces déplorables habitudes ont même pénétré

dans les campagnes : je connais des paysans morphinomanes. Il est juste de dire, il est vrai, que ce sont ici des morphinomanes thérapeutiques, ne rentrant pas dans la catógorie de ceux que nous citons ici. Je ne fais que les citer en passant, nous y reviendrons tout à l'heure.

Et puis enfin, en dehors de toutes ces catégories, de toutes ces classes, il y a une classe particulière d'individus prenant la morphine à titre de stimulant et de temps en temps. Quoi qu'on ait dit, bien qu'on ait nié le fait, il existe une classe particulière d'individus qui ne sont ni morphiniques, encore moins morphinomanes, qui ne prennent de la morphine que par occasion, comme stimulant intellectuel, au même titre que le café, etc., ces morphinomanes d'un nouveau genre existent bien réellement ; faute d'un meilleur terme, nous les avons désignés sous le nom de *morphinisés*. Nous en connaissons des exemples, nous en avons même cité des observations. A cette

classe de morphinisés par occasion se rattachent également ces autres intoxiqués qui cherchent de temps à autre un oubli de leurs maux, sans être le moins du monde morphinomanes, dans une injection de morphine, comme tant d'autres chercheraient une consolation dans un verre d'alcool. Nous avons du reste parlé de cette classe de morphinisés non encore connue, et longuement dans un autre mémoire.

Quelle est la voie de cette propagation, quelle est la grande cause de l'extension que prend la morphinomanie depuis deux ou trois ans? Erlenmeyer incrimine la civilisation ; évidemment, les raffinés, les gens haut placés payent un large tribut à cette funeste maladie, mais on a vu que les gens du peuple en sont également atteints. Avec la civilisation, il y a les mauvais conseils, la curiosité : l'imitation fait le reste : « Entendant les morphinomanes vanter les voluptés ineffables... attirés par la curiosité, alléchés surtout par la perspective de jouissances inconnues, d'autres les suivirent ; voyageurs imprudents qui se laissèrent séduire par la voix et les charmes trompeurs

de la sirène, sans que leurs yeux sussent percer l'onde perfide pour apercevoir au fond des eaux la queue bifurquée du monstre (1). »

Mais au-dessus de la civilisation, au-dessus des appétits instinctifs et quasi-impulsifs des héréditaires dégénérés, au-dessus de la curiosité malsaine, au-dessus des mauvais conseils de l'imitation, mais au-dessus de toutes les considérations, de tous les facteurs que nous venons de passer en revue, il y a un coupable, un grand coupable. Ce coupable, ne craignons pas de le dire, c'est le médecin.

C'est le médecin qui, le premier, a jeté l'étincelle, c'est le médecin qui, par son imprudence ou par sa négligence, a provoqué l'explosion de l'incendie, c'est le médecin qui, quelquefois aussi, dans un intérêt coupable, a donné naissance à toute cette catégorie de morphinomanes de beaucoup les plus nombreux, que nous avons désignés sous le nom de morphinomanes « *médicaux* ». Nous comprenons sous cette désignation tous les cas de morphinomanie si répandus, ayant une origine thérapeutique, classe autrement intéressante, dans le sens humain du mot,

(1) Marandon de Montyel.

que celle que nous venons d'étudier et autrement excusable. Cette morphinomanie a, pour ainsi dire, été imposée, l'autre est acquise. En un mot, la morphinomanie thérapeutique sera si l'on veut la syphilis communiquée; l'autre, celle que nous venons d'étudier, et qui comprend les ivrognes morphinomanes sera la syphilis acquise. Celle-ci en effet est fort peu intéressante, Zambacco va même plus loin dans son mépris : « Les morphinomanes de cette classe, dit-il, sont des gens qui n'ont droit ni au respect, ni à la moindre considération. Ils sont devenus les ivrognes de la morphine sans maladie préalable, sérieuse, et en dehors de toute nécessité. C'est uniquement pour se livrer aux délices de l'ivresse morphinique qu'il se saoûlent, qu'on nous passe le mot trivial, et qu'ils s'empoisonnent chaque jour, absolument comme les buveurs d'absinthe, les opiophages ou les fumeurs de hachisch. »

Les morphinomanes de cette catégorie sont ainsi fort peu recommandables. Ils sont pris d'une passion tout aussi dégradante que la passion pour l'alcool. Par son origine, par ses symptômes, par ses conséquences surtout, l'ivrognerie morphinique imprime à l'intoxiqué un

cachet de flétrissure morale et physique plus indélébile encore que l'ivrognerie alcoolique.

Le rôle du médecin au point de vue du morphinisme dans la clientèle civile et hospitalière. — Mais à côté de ce vice acquis, il y a toute cette classe de morphinomanes, à qui, pour ainsi dire, on a imposé l'intoxication qui n'ont nullement péché ni par curiosité malsaine, ni par incitation, ni par le désir coupable de se procurer des jouissances inconnues. Ceux-là sont les plus nombreux. Ceux-là sont réellement dignes de notre pitié pour mille raisons, et la principale, ne craignons pas de l'avouer, c'est, comme nous venons de le dire, que ce sont des victimes dans l'immense majorité des cas.

Le médecin sous ce rapport peut se rendre coupable de bien des façons ; il pèche surtout en pareil cas, par négligence et par intérêt. Hâtons-nous de dire que dans l'immense majorité de ces cas, c'est surtout la négligence du médecin qui a fait tout le mal : « Interrogez les morphinomanes, dit Notta (1), et demandez-leur

(1) Notta, *Arch. de méd.*, 1884, p. 395.

comment ils ont contracté cette funeste habitude. Huit fois sur dix, la réponse est la même ; ils avaient une névralgie rebelle, une maladie quelconque..., dont les douleurs n'étaient calmées que par une injection de morphine. Tout d'abord le médecin la faisait, depuis ils ont continué eux-mêmes. Maintenant ils ne peuvent plus se passer de leurs injections, ils sont morphinomanes. »

Pour donner des preuves de cette négligence ayant engendré chez des malades la passion morphinique, il faudrait citer toutes les observations connues de morphinomanie ayant une origine thérapeutique. En France, le mémoire de M. le professeur Ball, de Zambacco, de Jouet, de Marandon de Montyel, etc., à l'étranger, les travaux de Levinstein, Erlenmeyer, de Leidesdorf, de Burckart, pour ne citer que les plus importants, abondent en faits de ce genre.

Nous nous contenterons ici de citer quelques faits de morphinomanie puisés dans nos observations personnelles, et dus à l'incurie coupable des médecins.

Une de nos malades ayant quitté la maison Dubois où elle était en traitement pour une péritonite et où on lui avait déjà fait des piqûres,

fait mander un médecin; celui-ci lui fait alors régulièrement pendant un an des injections à la dose de 30 centigrammes par jour.

Ajoutons que chaque piqûre lui était grassement payée par la malade alors « *entretenu* » richement. Au bout d'un an, abandonnée de son amant, *comme elle ne pouvait plus payer ses visites*, il lui remet en main une ordonnance ainsi libellée :

Morphine..............	1 gramme.
Eau.....................	30 grammes.

lui fait acheter une seringue de Pravaz et met au bas de la prescription : *à renouveler à volonté!* libellé de complaisance qui a fait et fait encore tant de victimes du morphinisme! Tous les trois jours, suivant l'avis donné, elle se présente chez le pharmacien qui lui délivre sa solution.

Disons-le de suite, les médecins qui déshonorent ainsi la profession dans un but de cupidité vénale sont extrêmement rares, mais il y en a. Nous pourrions citer d'autres exemples de médecins ayant ainsi rendu sciemment leurs clients morphinomanes, dans le but unique de

s'en faire une source d'émoluments. On fait venir un médecin qui pratique une première injection morphinique en toute connaissance de cause, puis deux, puis trois. Les visites de ce médecin coûtent cher, mais les sensations éprouvées sont tellement goûtées du client qu'il le fait venir « *quand même* ». Nous pourrions citer le nom de certains médecins dont la visite consiste uniquement à faire une piqûre de morphine largement rétribuée, du reste, à des personnes de cette catégorie dont l'affection première a disparu depuis longtemps : la morphinomanie, en pareil cas, est évidemment l'aboutissant forcé au grand avantage pécuniaire du médecin, mais au grand détriment de la santé du client et de la dignité professionnelle.

Hâtons-nous de le dire cependant, le médecin pêche beaucoup plus souvent par négligence que par cupidité, et c'est là la plus grande source des intoxications ayant une origine thérapeutique ; car c'est par négligence et incurie que le médecin « a prêté la main à la création d'une classe d'opiophages civilisés, raffinés dont le sort déplorable est bien plus rapidement grave que ne le sont les accidents éprouvés par les

thériaquis, privés des bienfaits de la civilisation et ignorants du progrès de la chimie. »

Presque tous les cas de morphinisme ont cette origine. On est atteint d'un rhumatisme articulaire, d'une sciatique, d'une névralgie, etc., on fait une première injection. Votre malade est calme, ne vous harcèle plus de ses violences, vous en faites une seconde, puis une troisième et ainsi de suite. Bientôt votre malade est non seulement calmé, mais la piqûre lui a procuré une telle sensation de bien-être qu'il vous en réclame une tous les jours. Puis enfin, la seringue est confiée au malade lui-même qui se piquera alors sans aucun contrôle... et aura bien vite fait de se procurer une seringue : il est alors morphinomane !

Nous ne croyons pas forcer le tableau, les choses se passent évidemment de cette façon huit fois sur dix. Consultez toutes les observations de morphinomanie, vous en aurez la preuve palpable. Voici, pour prendre un exemple entre mille, l'origine de l'intoxication de Mme de Saint-J... relatée par M. Motet « ... Son médecin, pour des douleurs anciennes, lui fit les premières injections. Le résultat fut immédiat... Mme de Saint-J... en réclama une autre. Le médecin

en fit d'abord deux, puis trois par jour... Puis il laissa un autre jour la seringue de Pravaz et la solution chez la malade ; elle se fit elle-même les injections, et avec l'exagération propre aux hystériques, elle rechercha avidement les sensations provoquées par la morphine... »

Nous nous arrêtons là, il faudrait citer une à une toutes les observations de morphinisme, car, trop souvent, le médecin a aidé et même provoqué la maladie par sa négligence.

Et, quand nous parlons du médecin, nous comprenons tout le personnel médical privé ou hospitalier; car, il faut avoir le courage de le dire ici, les auxiliaires des médecins, quels qu'ils soient, ont favorisé aussi, eux, dans une bonne mesure, l'entretien de cette triste maladie par leur négligence importante. On est interne de garde dans un grand service hospitalier, on est dérangé à chaque instant la nuit, souvent plusieurs fois pour le même malade, qui vous supplie de le soulager; on se laisse aller à lui faire une piqûre de morphine, sûr du résultat, sûr que cette fois le malade bien calmé ne vous fera plus appeler.

D'autres fois, on se laisse guider, en ce fai-

sant, par une simple routine, quelquefois, rarement il est vrai, ce sera même par complaisance.

Dans tous ces cas, évidemment, on ne songe pas aux conséquences fatales que peut avoir une piqûre de morphine donnée inconsidérément, mais il est cependant avéré que beaucoup d'intoxications morphiniques qui se sont terminées par la mort, n'ont pas une autre origine. B... qui fait le sujet d'une de nos observations. et qui était arrivé à absorber 1 gr. 50, 2 grammes de morphine par jour, était entré par cette voie dans la morphinomanie: la première piqûre fut faite par l'interne de garde. Puis on lui injecta deux fois par jour une demi-seringue de Pravaz. Elle avait recours soit aux élèves de service, soit même au personnel infirmier de l'hôpital pour lui pratiquer des injections... Au bout de dix jours, cinq seringues par jour, soit 10 centigrammes; en sortant au bout de deux mois, on lui en faisait 20 centigrammes... enfin quand elle est arrivée à l'asile Sainte-Anne, elle absorbait par jour 2 à 3 grammes de morphine!

Il est facile de voir ici quel est le premier coupable, je n'insiste donc pas.

Combien d'autres cas n'ont pas une origine différente? De pareils faits donnent évidemment à réfléchir et imposent malgré tout un retour sévère et pénible sur soi-même.

Il y a un abus qui existe aussi quelquefois dans certains grands services surchargés et qui ne contribue pas peu à favoriser l'extension des habitudes morphiniques.

Le chef de service prescrit une injection de morphine, celle-ci est faite pendant quelque temps par l'interne, puis la surveillante en est chargée, puis l'infirmière quelquefois, enfin peu à peu la malade elle-même, à qui on remet à une certaine heure la solution de morphine : celle-ci, dans l'intervalle, n'est nullement cachée, se trouve sur une table aux yeux de tous : la malade en arrive vite ainsi à se faire des piqûres supplémentaires.

Peu à peu, insensiblement, sans que la responsabilité incombe à personne, par le fait d'un abus qui dégénère en coutume dans certaines salles, telle malade, dont l'affection primitive est guérie, ne peut plus se passer de morphine et est devenue morphinomane. Plusieurs malades que nous avons observées avaient passé

par cette filière et nous avaient ainsi raconté l'origine de leur passion.

Nous avons dit plus haut que le morphinisme, longtemps l'apanage exclusif des grandes villes, commençait aussi à pénétrer dans les campagnes. Ici, malheureusement, on peut dire que le médecin est l'unique coupable. Nous ne connaissons qu'un seul cas de morphinomanie d'origine thérapeutique qui se soit développé chez un paysan, mais il en existe vraisemblablement d'autres, et le mal ne fera désormais que s'étendre. Un de nos amis, médecin à la campagne, nous disait en montrant sa seringue de Pravaz : « Avec cela on fait des miracles et c'est un remède qu'on peut emporter avec soi, partout et toujours. » — Qu'on y prenne bien garde, au lieu d'être le présent céleste de Sydenham, et de produire des miracles, les injections de morphine pourraient bien devenir entre des mains trop prodigues, un présent des plus funestes.

Quelles conclusions devons-nous tirer après toutes ces considérations qui se rattachent de si près à la dignité médicale ? Doit-on proscrire la morphine à tout jamais de la thérapeutique

pratique? Doit-on reléguer ce « *poison maudit* » au fond des officines et ne plus en formuler? C'est à peu près la conclusion de M. Zambacco. Le médecin de Constantinople a été, dit-il, tellement impressionné par certains faits malheureux qu'il n'emploie que l'opium. M. Marandon de Montyel se montre aussi sévère : « L'injection morphinée, dit-il, ne devrait être qu'un remède héroïque auquel le médecin n'aurait recours qu'en désespoir de cause et qu'il cesserait le plus promptement possible. »

Eh bien, témoin, nous aussi, d'un certain nombre de faits malheureux d'origine thérapeutique, nous avouons nous rapprocher de ces conclusions.

A part les cas incurables, cancers internes, cancers de l'estomac, ataxie, etc., etc., pour lesquels l'injection morphinée est vraiment un présent céleste, en dehors de ces cas : dans la névralgie, pour les rhumatismes, pour les douleurs internes qui sont presque toujours la porte d'entrée du morphinisme, nous recommandons la plus grande circonspection. Il serait bon même dans ces cas d'avoir recours à d'autres calmants, le chloral, le bromure de potassium,

l'opium même qui exposent moins à l'accoutumance. Pour les cas aigus, il ne faudra les donner que dans les cas d'absolue nécessité, et réduire même l'emploi des injections aux accès paroxystiques, comme les coliques hépatiques, les coliques néphrétiques, les accès d'asthme, etc.

Il vient de se fonder une société de déontologie médicale et professionnelle. Cette question de la morphinomanie qui touche de si près à la dignité médicale, ne pourrait-elle pas y être soumise ? Plusieurs points de cette question de jurisprudence médicale pourraient y être soulevés avec intérêt. On pourrait y discuter les faits de prescription de ce médicament dans lequel l'appât du lucre joue un rôle trop contraire à la dignité médicale pour ne pas être dénoncé rigoureusement. On pourrait y édicter quelques règlements sévères, devenus nécessaires, touchant la conduite des médecins en pareille occasion, signalant les dangers, montrant les écueils et donnant la voie à suivre. On pourrait en un mot, du haut de cette nouvelle tribune, tout en signalant le péril, donner le moyen de le conjurer.

DU RÔLE DU PHARMACIEN DANS LE MORPHINISME.

Voilà pour ce qui regarde plus spécialement a déontologie médicale : Le médecin est souvent coupable, le premier coupable même.

Mais il est toujours suivi de très près par le *pharmacien.*

Le rôle néfaste du médecin dans la vie d'un morphinomane dure même très peu de temps, tandis que le rôle du pharmacien se fait sentir pendant toute l'existence du morphinique.

Le médecin a généralement, il est vrai, le premier jeté l'intincelle et allumé l'incendie; mais le pharmacien, alors qu'on pourrait encore faire la part du feu, vient au contraire entretenir quelquefois cet incendie et donner des aliments au brasier.

L'affaire retentissante confiée à l'expertise médicale du Dr Motet a bien mis en relief le rôle néfaste, criminel même du pharmacien, dans la morphinomanie. On connaît cette histoire (1). Mme Saint-J..., morphinomane, éprouvait une

(1) MOTET, *Loc. cit.*

certaine difficulté à se procurer son poison chez les pharmaciens de son pays; elle trouva à Paris un pharmacien complaisant du nom de A... V... qui lui délivra toutes les doses demandées. Du 5 mai 1881 au 29 octobre 1882, dans l'espace de dix-sept mois, A... V... avait délivré, par livraisons successives de 10, 15, 20, 40, 45, 50, 60, 100 et 110 paquets (*chaque paquet contenait 20 centigrammes de chlorhydrate de morphine*), la quantité fabuleuse de 693 grammes, dont le prix s'élevait à 1,650 francs.

Il suffisait que la dame de Saint-J... en demandât, soit verbalement, soit par correspondance, pour qu'il lui en expédiât immédiatement sans la moindre ordonnance. Pendant tout ce temps, il n'a jamais pris la précaution de s'inquiéter de la personnalité de cette malade, de sa situation, ni des causes qui nécessitaient l'emploi continu et excessif de cette substance. Sa bonne foi n'était évidemment pas admissible; et il est clair qu'il s'était laissé entraîner par un intérêt mercantil.

Le tribunal de la Seine, par des conclusions sévères, que quelques pharmaciens peu soucieux de leur dignité professionnelle feront bien

de méditer (1), a châtié, comme il le méritait, cet accusé d'un nouveau genre, et le condamna à 2,000 francs d'amende.

Dans tous les cas de morphinisme on ne trouve évidemment pas toujours un pharmacien qui, comme A... V..., débite la morphine au kilo. Mais, quoique dans des proportions moindres, il fait quelquefois sentir son rôle néfaste.

Bien souvent aussi, en pareil cas, il ne joint pas, comme A... V..., la bêtise à la scélératesse, et ne réclame pas 1,650 francs pour de la morphine, *par voie judiciaire*, à une morphinomane insolvable. Bien au contraire, dans les procès médico-légaux qui ont eu lieu depuis, dans le procès Fiquet (2) en particulier, l'enquête faite à ce sujet par le Parquet ne donne aucun résultat. Les pharmaciens qui ont enfreint le règlement ont trop d'intérêt à se dire calomniés. Tous ceux qui dans l'affaire Fiquet ont été interrogés, ont nié avec énergie ; seul, un a eu le courage d'avouer que dans deux ans il

(1) *Semaine médicale*, n° 209, 1883. Le morphinisme devant les tribunaux, *Société de médecine légale*, 7 mai 1883.

(2) *Loc. cit.*, in *Encéphale*, 1883, p. 670.

avait livré une huitaine de grammes de morphine (1).

Mais, quelle que soit leur possibilité de dissimuler, on sait bien, par les révélations de certains malades jusqu'à quel point l'amour du lucre peut leur faire oublier leur devoir. L'histoire de notre morphinomane B... est instructive sous ce rapport.

« L'ordonnance de mon médecin, nous disait aussi A..., servit pendant quatre ans ; pendant un an on la renouvela tous les trois jours. Au bout de ce laps de temps on la renouvela tous les jours, et enfin, au bout de quatre ans, cette ordonnance était tellement remplie de cachets par le pharmacien que je ne pouvais plus m'en servir. »

Qu'arrive-t-il en pareil cas ? l'histoire de B... et de A... ne tranche guère alors sur l'histoire de tous les morphinomanes. Histoire banale : on n'a plus d'ordonnance, on s'en passe, et l'on s'adresse directement au pharmacien, qui devient ainsi le second coupable et qui lui livre la solu-

(1) Il ne peut être question évidemment ici des pharmaciens qui comme dans les cas du Dr X... dont nous avons parlé, fournissent de la morphine *sur ordonnance*.

tion demandée, contre une bonne redevance, sans exiger la moindre signature de médecin.

Hâtons-nous de le dire, les pharmaciens qui oublient ainsi et leur devoir et leur dignité professionnels sont la petite exception. Mais rien n'est comparable à la persistance du morphinomane qui veut se procurer de la morphine, pas même la ténacité de l'alcoolique! On peut le comparer, sous ce rapport, au dipsomane; il usera de toutes les supercheries, de tous les subterfuges pour se procurer son poison favori; éconduit par le pharmacien, il fera d'abord de fausses ordonnances, mais cet expédient sera vite usé, car il ne cherchera pas à tromper deux fois par ce moyen le même pharmacien. Il essaiera alors de trouver un pharmacien qui lui livrera pendant un laps de temps souvent considérable sa dose quotidienne.

Pour le trouver, il fera comme notre malade, s'adressera à son entourage, pour se procurer l'adresse d'un débitant de morphine qui lui fournira moyennant un prix très élevé toutes les doses demandées.

Une de nos malades se procurait ainsi toutes les solutions de morphine qu'elle désirait. Elle

arrivait de la sorte, à épuiser deux flacons par jour, chaque flacon contenant 1 gramme pour 30 grammes d'eau.

Malheureusement, comme nous l'avons dit plus haut dans le cours de notre mémoire, l'appât du gain n'est pas le seul mobile qui pousse ainsi le pharmacien à méconnaître tous ses devoirs. Une morphinomane nous l'a souvent avoué depuis sa guérison; sans argent, disait-elle, je savais bien me faire donner de la morphine. Le fait n'est malheureusement que trop vrai; quelques rares pharmaciens obéissant à des motifs d'ordre encore beaucoup moins élevé que les raisons pécuniaires, se laissent gagner, séduire même (le mot est plus juste); et des morphinomanes obtiennent ainsi en échange de leurs faveurs, toutes les doses de morphine demandées. Plusieurs d'entre elles nous ont affirmé le fait.

On ne doit plus s'étonner, après de telles révélations, de voir des ouvrières, comme on en voit à chaque instant dans les hôpitaux, dont le salaire est peu élevé, et qui cependant, trouvent le moyen de consommer pour 3 ou 4 francs de morphine en injections sous-cutanées journa-

lières : le procédé employé ne fait plus alors aucun doute.

Une grande part de responsabilité incombe donc aussi aux pharmaciens. Non seulement en France mais dans tous les pays civilisés, les choses se passent ainsi. En Allemagne du moins, leur influence néfaste est nettement reconnue : « Quelles que soient les raisons qui ont engendré cette dangereuse affection, dit Erlenmeyer, son développement dépendra toujours de la facilité que trouvera le sujet à se procurer de la morphine, et cette facilité tient exclusivement au plus ou moins de conscience des pharmaciens. J'ai fait sur ce point de tristes expériences... La passion de la morphine est une chose malheureusement des plus faciles en Allemagne, comme partout ailleurs, car on trouve partout des *misérables* prêts à sacrifier la santé et la vie de leur prochain à leur cupidité. Mes malades allemands achètent de la morphine chez des pharmaciens belges, anglais, français, comme chez les Allemands; mes malades étrangers faisaient de même. Le com-

merce secret et coupable de la morphine se fait partout. Cet abus dépasse de beaucoup l'idée que s'en font les autorités préposées à la santé publique (1) ».

L'auteur qui s'exprime ainsi, placé à la tête d'un établissement spécial pour le traitement des morphinomanes, et dont les remarques portent sur des centaines de malades, était mieux que personne, par les confessions de ses pensionnaires, à même d'apprécier ce rôle des pharmaciens. Plusieurs des morphinomanes en traitement chez lui avaient même recours, par correspondance, à leurs fournisseurs ordinaires, pour se procurer de la morphine (2).

Nous nous arrêtons dans ces citations, dans cette énumération; on pourrait nous accuser de parti pris.

Les faits sont là, cependant, pour prouver que

(1) Erlenmeyer, *Op. cit.*

(2) Nous devons cependant à la vérité de dire qu'en Allemagne plus qu'ailleurs les lois concernant la pharmacie sont foulées aux pieds. Et c'est avec raison qu'Erlenmeyer dit quelque part dans son livre qu'il faudrait toute la sévérité d'un Dracon pour sévir dans ce pays. En effet, d'après Zambacco, en Allemagne, les abus des injections morphiniques se pratiquent sur une vaste échelle, et la solution de l'alcaloïde se vend toute prête chez l'épicier du coin, où les amateurs peuvent se la procurer à toute heure et à discrétion.

nous n'exagérons ni le rôle du pharmacien ni le rôle du médecin dans la maladie qui nous occupe et que nous restons, au contraire, bien au-dessous de la vérité.

Loin de nous, du reste, comme nous le disons plus haut, l'idée d'englober tout le corps pharmaceutique et médical dans cette accusation, nous dirons même qu'il y en a peu qui oublient ainsi leurs devoirs.

Mais, précisément parce qu'il y en a peu, le corps entier ne devrait-il pas, pour ainsi dire, dans l'intérêt professionnel du plus grand nombre, dans les sociétés scientifiques dont font partie plusieurs de ses membres, ne devrait-il pas s'occuper de cette question? Ne devrait-il pas, d'une manière ou d'une autre, s'opposer à des pratiques détestables, qui menacent d'englober sous peu toute la corporation dans le même discrédit? Ne devrait-il pas demander une application sévère, une mise en pratique rigoureuse des décrets régissant la pharmacie.

La Société de médecine légale, dont plusieurs pharmaciens font partie, pourrait peut-être (nous formulons nos vœux à voix basse) mettre

à l'ordre du jour de ses séances cette question si pleine d'actualité de la délivrance de la morphine? On pourrait y aborder cette question si intéressante au point de vue déontologique et professionnel de la morphinomanie; des révélations curieuses auraient lieu au cours des débats; bien des discussions importantes pourraient surgir, mettant bien en relief le rôle prédominant du pharmacien, dans la diffusion de cette triste maladie de la morphinomanie.

On pourrait peut-être trouver le moyen de mettre un terme aux manœuvres coupables de certains pharmaciens, assurément aussi coupables, dans l'espèce, que les manœuvres de certaines sages-femmes que l'on poursuit devant les tribunaux.

De ces débats, de ces discussions, de ces révélations pourrait peut-être sortir un moyen pratique d'empêcher certains *débitants de morphine* de débiter au grand jour, sur leur comptoir, un poison cent fois plus pernicieux encore que l'alcool frelaté du marchand de vin.

On comprend combien ces questions touchent de près non seulement à la dignité professionnelle, mais à la sécurité publique. Eh bien! du

moment que la sécurité publique est en jeu, ne doit-elle pas primer toutes les questions d'intérêt privé, d'ordre aussi vénal, du reste.

Il n'y aurait pas, au surplus, à édicter de nouvelles lois; celles qui régissent actuellement la pharmacie, au point de vue de la question qui nous occupe, sont très nettes, très explicites.

D'après les termes de la loi du 19 juillet 1845, que je copie textuellement, et d'après l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 :

« Les pharmaciens sont tenus de transcrire les prescriptions médicales sur un registre et sans aucun blanc et de ne les rendre que revêtues de leur cachet et après avoir indiqué le jour auquel les substances ont été remises.

« Le pharmacien ne doit délivrer les *substances vénéneuses qu'en vertu d'une prescription spéciale et particulière du médecin*, indiquant les quantités et la dose à fournir.

« Il lui est interdit d'apporter la moindre mo-

dification dans l'exécution de la prescription magistrale et dans sa préparation. »

Une loi internationale, dit à ce propos Erlenmeyer, rendrait d'immenses services.

Mais nous avons vu que, sous ce rapport, ce n'étaient pas les lois qui manquaient. Elles sont formelles, au contraire, du moins en France. *C'est leur application* qui fait défaut.

C'est la mise en vigueur des décrets concernant l'exercice de la pharmacie qu'il faut réclamer; c'est la poursuite des abus. Et c'est précisément aux sociétés d'intérêt public et d'hygiène qu'il appartiendrait d'exiger la mise en vigueur des décrets existants. On n'aurait pas le tableau scandaleux de pharmaciens délivrant quotidiennement, sans la moindre ordonnance, des doses énormes de morphine à de malheureux morphinomanes, dont ils entretiennent ainsi la triste passion. On n'aurait pas le spectacle affligeant de deux morphinomanes, comme une de nos malades et sa sœur, venir nous dire publiquement : « Avec notre argent, nous n'avons jamais été en peine pour nous procurer de la *poudre de morphine* (sic). » On n'aurait pas le spectacle affligeant de voir, dans certains quar-

tiers, citer impunément les noms de pharmaciens qui délivrent le médicament en question; ceux-ci sont connus des malheureux morphiniques, qui se le répètent et lui font ainsi une réclame méritée.

Car, à côté des A... V..., qu'une affaire retentissante met en relief et se voient condamner à l'amende pour avoir délivré, en dix-sept mois, 1,650 grammes de morphine à une malheureuse aliénée (1), combien d'autres débitent impunément le poison sans être le moins du monde inquiétés, au grand avantage de leur caisse, au grand détriment de la santé et de la raison de leurs clients?

Le remède à cet état de choses serait donc pour le pharmacien, de dénoncer impitoyablement aux autorités compétentes les confrères qui déshonorent ainsi la profession; de la part des Sociétés savantes, des Sociétés d'intérêt public, de signaler ouvertement au grand jour tous ces faits de cupidité; de la part des méde-

(1) *Loc. cit.*

cins, de se montrer sévères dans leurs prescriptions quand ils ordonnent de la morphine, à ne pas commettre la faute impardonnable de mettre au bas d'une ordonnance de ce genre « à renouveler » comme le fit le médecin dans une de nos observations, d'être du reste discret dans l'emploi de ce médicament et d'en réserver l'application à quelques cas que nous avons énumérés : maladies douloureuses incurables, affections aiguës paroxystiques, etc.

Nous ne saurions abandonner ici ce qui a trait à la déontologie médicale et professionnelle, sans dire un mot d'une médication scientifique, employée depuis longtemps dans un grand hôpital (1). Zambacco dit à ce propos que plusieurs médecins aliénistes ont employé et emploient encore largement le chlorhydrate de morphine dans le traitement des malades atteints des diverses formes d'aliénation mentale. Nous n'en connaissons qu'un dans tous les asiles et

(1) Auguste Voisin. Traitement curatif de la folie par les injections sous-cutanées de morphine, 1874-1880, Baillière, éditeur, et *Bulletin général de thérapeutique*, 1881, *Ibid.*, 1884.

quartiers d'hospice de la Seine qui l'emploie systématiquement à des doses élevées.

La plupart des maîtres que nous avons vus l'employer en pareil cas, ne l'emploient qu'avec la plus grande précaution, faisant eux-mêmes la piqûre ou la faisant faire par leurs internes, sans jamais laisser ce soin aux surveillants et aux subalternes, comme dans les hôpitaux, précisément parce que, bien placés, mieux placés même que personne pour apprécier les funestes effets du morphinisme, ils craignent une accoutumance et savent fort bien que de l'accoutumance à la morphinomanie il n'y a qu'un pas, et que ce pas est bien vite fait.

Dans la manie et dans certains états maniaques, qui ne cèdent ni aux douches ni aux bains prolongés, ils obtiennent ainsi souvent une sédation très avantageuse. Mais ils ne le font qu'en toute connaissance de cause, après avoir bien examiné le cas, et en recommandant bien de n'injecter qu'une dose journalière très petite qu'ils n'augmentent jamais et qui est cessée au bout d'un certain temps. Il n'y a là, entre leurs mains, que de grands bénéfices à retirer de cette pratique. M. le professeur Ball, à la

clinique, et M. Bouchereau, je crois, au service des femmes à l'asile Sainte-Anne, sont, du reste, dans cette mesure, partisans des injections de morphine, qui ne peuvent, ainsi limitées et ainsi employées, que donner d'excellents résultats. Du reste, nous ne croyons pas, depuis de longues années que cette pratique dure, qu'il soit jamais sorti de ces deux services un seul morphinomane ; bien des services d'hôpitaux ne pourraient probablement pas en dire autant.

Aussi n'est-ce pas bien entendu de cette excellente médication que nous voulons parler ici. Mais, ne craignons pas de l'affirmer ici, puisque nous sommes partisan convaincu de l'idée que nous allons avancer, il existe un grand service d'aliénés à Paris, où ce n'est pas dans ces limites et avec cette prudente discrétion qu'on emploie les injections sous-cutanées de morphine. Ici alors les piqûres sont établies sur une base thérapeutique au même titre que les douches, etc... On y pratique les injections sur une échelle si vaste qu'il y a des heures pour faire les piqûres, où les intéressés, sans se faire prier jamais, bien entendu, viennent recevoir leur injection habituelle. Ajoutons que ce mode

de traitement concerne non seulement les maniaques mais encore et surtout les névropathes en général. Or je n'ai pas besoin d'y revenir ici, mais nous avons assez insisté dans le cours de notre mémoire, sur la facilité avec laquelle les névropathes de toutes les catégories, hystériques, etc., arrivaient vite à l'accoutumance, à la morphinomanie confirmée en un mot.

Il ne nous appartient pas naturellement d'apprécier cette manière de faire, les cadres de notre mémoire ne nous le permettent pas naturellement, d'autant que cette médication aurait donné d'excellents résultats qui encourageraient l'auteur à persévérer ; mais ce qu'il nous est permis de dire, c'est que si on a guéri des accès maniaques, certains états nerveux qui auraient guéri à la longue avec plus de discrétion et de prudence dans la distribution des injections, on les a certainement remplacés par un état bien sérieux, que les médecins s'accordent même à regarder comme une maladie, et des plus graves, par la morphinomanie.

Dans la médication à laquelle nous faisons allusion et à propos de laquelle on a publié deux mémoires, l'un en 1874, l'autre en 1881 (*Bulle-*

tin général de thérapeutique) ; on s'adresse surtout à la forme mélancolique et aux accès d'agitation des hystériques. Les injections morphinisées ne sont pas pratiquées, comme nous le disons plus haut, à doses minimes faites pendant peu de temps et qu'on n'augmente jamais, mais le fond même de la médication consiste à les augmenter progressivement, et d'arriver à des doses massives ; chez un malade on est arrivé ainsi à 2 grammes par jour.

Parmi les observations publiées, les unes, au nombre de douze, regardent des malades traités à l'hospice, les autres, au nombre de quinze, ont trait à des malades traités chez eux.

Analysant les résultats obtenus, on voit que les malades au bout de deux mois arrivaient en moyenne à la dose journalière de 50 centigrammes, et au bout d'un an à 50 centigrammes, pour arriver quelquefois à 2 grammes !

Nous relevons parmi ces cas des états mélancoliques, des folies hystériques, un cas de lypémanie anxieuse « considéré généralement comme incurable » pour lequel on était arrivé au bout de dix-huit mois à administrer 60 centigrammes de chlorhydrate, et qui s'est terminé

heureusement, la malade est sortie guérie.

L'auteur du mémoire termine en affirmant que l'emploi des injections sous-cutanées de morphine lui a donné les résultats les plus satisfaisants.

Nous n'avons pas ici à citer tel ou tel morphinique émanant en droite ligne de l'hospice où elle avait contracté sa passion en question, mais ce que l'on peut dire, c'est que dans le service même, elles sont déjà morphinomanes, et une preuve, « c'est que si du jour au lendemain on voulait y supprimer les injections, une véritable révolution éclaterait ». (*Thaon*, *Nice méd.*)

Il y a encore une question qui se rattache directement à l'étude du point particulier sous lequel nous envisageons en ce moment la morphinomanie, c'est la question des assurances sur la vie. Un seul des auteurs que nous avons consultés traite de cette question, c'est le docteur Erlenmeyer.

On sait qu'aux termes du règlement qui concerne les assurances sur la vie, on doit pour

prendre une assurance et bénéficier de cette assurance, faire constater d'abord par un médecin de la Compagnie que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie chronique.

Si, après l'obtention d'un certificat de ce genre, l'intéressé succombe à une maladie intercurrente acquise par sa faute comme l'alcoolisme, etc., ou à une mort volontaire, le suicide, il est évident qu'en pareil cas, la Compagnie regarde la police d'assurance comme nulle et non avenue.

La question qui se pose ici est précisément de savoir dans quelle catégorie on doit ranger la morphinomanie, en d'autres termes, si la morphinomanie doit être regardée comme une maladie acquise, avec l'alcoolisme, ou simplement comme une maladie intercurrente, ou mieux, l'individu qui succombe au morphinisme peut-il faire bénéficier les intéressés de son assurance sur la vie?

Les conclusions sont délicates ici ; mais nous admettons avec avec Erlenmeyer, étant donné ce que nous avons dit plus haut sur l'étiologie du morphinisme, qu'il y aurait lieu de distinguer ici :

a. — Les morphinomanes médicaux, c'est-à-dire ceux ayant une origine thérapeutique ;

b. — Les morphinomanes par euphorie.

Les premiers seraient irresponsables de leur intoxication et, partant, feraient bénéficier les intéressés de leur assurance, quand il serait bien et dûment établi que le médecin a été la cause du mal.

Le second cas, c'est-à-dire les ivrognes devenus morphiniques comme d'autres deviennent alcooliques, seraient regardés comme les auteurs de leur propre intoxication, et par conséquent, comme ne devant pas faire bénéficier leurs parents, leurs amis, d'une assurance contractée. Ayant cherché eux-mêmes dans la morphine un assouvissement à leur passion comme d'autres le cherchent dans l'alcool, dans le jeu, ils ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes. Et dans l'espèce il y a toute justice pour cette question des assurances sur la vie, à les mettre sur le même rang que les alcooliques, que les suicidés.

Il y a enfin un point que nous ne pouvons

pas omettre de signaler ici, parce qu'il se rattache de très près à une question de l'ordre de celle que nous étudions en ce moment.

On a vu que nous avons admis comme meilleur mode de traitement, à défaut de maison spéciale, l'internement et même la séquestration dans un asile d'aliénés.

Or, cette question de la séquestration d'un morphinomane dans un asile d'aliénés soulève des considérations de droit commun qui devraient trouver leur place ici, mais que nous avons longuement discutées ailleurs à propos du traitement de la morphinomanie et sur lesquelles il serait dès lors superflu de revenir ici (1).

Nous nous contentons de faire remarquer, étant donné qu'en France il n'y a pas de maison spéciale, et que, d'autre part, il est impossible de mener à bien ce traitement à domicile et dans les hôpitaux, que la séquestration dans un asile d'aliénés s'impose dans l'intérêt du malade lui-même.

Il n'y a, dans cette mesure, quoique dise M. Erlenmeyer, rien d'arbitraire, rien d'attentatoire à la liberté individuelle. Il en est peut-

(1) G. Pichon. — *Le Morphinisme.*

être autrement en Allemagne, où les formalités nombreuses pour faire admettre un malade, et les difficultés d'en sortir font paraître cette mesure absolument arbitraire.

Mais, en France, nous vivons sous un régime moins sévère; et, dans nos asiles d'aliénés, des placements volontaires, en dehors des placements d'office, donnent à nos malades et à leurs familles une sécurité complète au point de vue de la liberté individuelle, tant que cette liberté individuelle ne devient pas un péril pour la liberté et la sécurité des autres.

Nous arrivons enfin au terme de cette longue étude déontologique. Nous avons laissé dans l'ombre encore bien des points de cette terrible maladie ; nous avons omis bien des détails cliniques sur lesquels d'autres que nous feront la lumière avec de nouveaux documents qui ne manqueront malheureusement pas de leur être fournis en grand nombre.

C'est ainsi que sur les questions de responsabilité, bien des points obscure sont encore soulevés. Cette étude date d'hier, mais il est à

présumer que d'ici quelques années, les faits s'accumuleront, les matériaux abonderont et pourront être un jour entre les mains d'un autre, une source d'études des plus séduisantes, des plus instructives au point de vue de la psychologie morbide. Non seulement le médecin, mais le philosophe, mais le psychologue même pourra alors consulter à satiété de nouveaux cas de morphinisme devenus autant de documents humains.

Mais si nous avons à regretter des omissions, nous avons du moins la conviction, que si notre travail est imparfait au point de vue clinique et médico-légal, on nous saura au moins gré, d'avoir été sincère. Pendant tout le temps qu'a duré la rédaction de ce mémoire, nous avons été soutenu par cette idée que nous contribuerions peut-être, dans une petite mesure, à appeler les regards, à forcer les yeux à se tourner vers une passion funeste, nouvelle venue, qui menace déjà de prendre tant d'extension.

Durant tout ce travail, nous avons été soutenu par cette idée que peut-être nous contribuerions à attirer l'attention sur un fléau qui,

si l'on n'y prend garde, menace de nous déborder.

On nous pardonnera, du moins, nos négligences en considérant le but que nous nous sommes proposé.

Ayant été à même d'observer les ravages du morphinisme non seulement dans les hôpitaux, dans les asiles, mais dans le cercle plus étroit de notre clientèle privée, de nos amis, nous avons peut-être laissé échapper des omissions, mais nous avons, du moins, la conviction d'avoir été l'interprète de la vérité, en insistant comme nous l'avons fait, trop longuement peut-être, après tant d'autres, sur les dangers de cette passion à la mode.

Nous n'avons pas la prétention d'arriver à faire dénoncer la morphine à la tribune académique, comme le fut, dans une séance mémorable, l'ergot de seigle, qui cependant, a fait moins de victimes.

Nous ne formulons du reste aucune demande de proscription. Nous savons trop bien, que si par la coupable négligence de quelques médedecins ou pharmaciens, la morphine mérite parfois d'être regardée comme un médicament

néfaste, les paroles de Sydenham resteront toujours vraies pour la majorité des cas.

Seulement nous assistons à ce moment à l'apparition d'un mal terrible qui, à peine né, a déjà étendu ses ravages dans toutes les classes de la société, comme on peut s'en rendre compte en consultant la statistique désolante que nous avons donnée.

Or, nous avons pensé qu'élucider quelques points cliniques encore peu connus, s'étendre sur d'autres plus connus, et les appuyer sur des faits nombreux consciencieusement observés, c'était contribuer jusqu'à un certain point à faire prendre des mesures pour enrayer la maladie.

Nous n'avons pas eu d'autre but et d'autre ambition, et pendant six ans nous nous sommes mis consciencieusement à l'œuvre.

Nous n'élèverons pas nos prétentions jusqu'à croire que ces modestes efforts provoqueront le *caveant consules*. Nous n'osons pas espérer, quels que soient nos secrets désirs, que notre cri d'alarme sera entendu en haut lieu. Nous n'osons pas espérer qu'un jour viendra où les excès morphiniques, comme autrefois les abus

d'absinthe, grâce à l'autorité du Dr Motet, susciteront une réglementation sévère et bienfaisante.

Heureux seulement si notre travail sincère et consciencieux est lu par quelques praticiens ou par quelques intéressés même ! Heureux si nous sommes entendu de quelques défaillants qui seraient tentés de demander, eux aussi, un oubli ou un stimulant à un poison cent fois plus terrible encore que l'alcool !

Bien assez y ont trouvé, pour une volupté de quelques instants, pour un bien-être factice de quelques minutes, bien assez y ont trouvé, avec l'altération de leur santé compromise à tout jamais, un affaissement intellectuel, une inertie invincible, qui n'est que le prélude d'un naufrage plus complet encore.

COURT RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX SYMPTOMES

Nous passerons maintenant rapidement en revue les principaux accidents observés chez les morphinomanes.

Abcès morphiniques. — Quelques accidents,

tels que abcès, phlegmon même peuvent être causés par la piqûre faite avec une aiguille malpropre. Constantin Paul, Desnos, Verneuil (1), Petit (2), Rigal, Siredey, Trélat et bien d'autres ont signalé des faits de ce genre. De la multiplicité des abcès, il résulte même quelquefois, comme chez l'un de nos malades, une véritable peau tatouée absolument caractéristique.

Mais souvent aussi le mauvais état général seul suffit, pour provoquer la naissance d'un phlegmon en dehors de toute piqûre. Trélat, en dehors même des régions, sièges ordinaires des piqûres, signale des cas de phlegmons graves (3). On voit dans l'observation d'un de nos malades un fait de ce genre.

Ce que nous voulons surtout signaler dans cet ordre d'idées, c'est l'influence pernicieuse de l'intoxication morphinique sur l'origine et sur la gravité de l'affection aiguë intercurrente. On verra, en effet, le docteur X... dont nous donnerons l'observation ailleurs, contrac-

(1) Verneuil, *Congrès de la Rochelle*, 81.

(2) L. H. Petit, *Bulletin de thérapeutique*, 1879, t. XVII, p. 119, 171, 212.

(3) Trélat, *Bulletin général de thérapeutique*.

ter une pleuro-pneumonie qui revêt tout de suite une gravité exceptionnelle et qui se terminera par la mort.

Les abcès sont une des complications les plus fréquentes de la passion morphinique, et celle qui cause le plus d'ennuis aux malheureux morphinomanes. C'est un accident, dans tous les cas, que nous n'avons jamais vu manquer parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies. Mais, à ce point de vue, on peut dire qu'il y a des prédispositions tout à fait spéciales, qui ne sont nullement en rapport avec la faiblesse native des sujets. — Nous avons connu une morphinomane, qui pendant trois ans qu'a duré son intoxication, avait eu 154 abcès de toutes dimensions, et sur les différentes parties du corps, au point que chez elle la peau était devenue une vaste cicatrice. Nous avons eu l'occasion de recueillir à ce sujet plusieurs photographies intéressantes. En pareil cas la peau est absolument tatouée de pigmentations caractéristiques, qu'on sait reconnaître avec un peu d'habitude, et qui se différencient très nettement de toutes les pigmentations pathologiques.

L'intérêt que présente ces tatouages n'est pas du reste banal ; ils présentent quelquefois une grande importance médico-légale, et il importe, à tous leurs degrés, de ne pas les confondre ni avec des pigmentations physiologiques congénitales, ni avec des pigmentations accidentelles, ni avec des cicatrices chirurgicales. Leur reconnaissance peut quelquefois mettre le praticien sur la piste du diagnostic, ou éclairer le médecin légiste dans son expertise.

Comme nous le disions tout à l'heure les abcès morphiniques peuvent acquérir toutes les dimensions, depuis le simple abcès cutané, depuis le simple furoncle, jusqu'au phlegmon diffus très grave. Nous avons soigné une morphinomane, d'une santé très solide, et chez qui les pratiques morphiniques, avaient laissé peu de traces au point de vue des troubles de la nutrition qui nous occupent en ce moment ; et cependant il ne se passait pas de quinzaine, sans que nous soyons appelé à lui ouvrir un de ces abcès dont nous avons parlé. A différentes reprises, la violence de la suppuration fut telle qu'elle dut prendre le lit, affaiblie par une fièvre très forte (39°,5, et 110 pulsations en moyenne). Un

jour même elle eut le bras entier envahi par un véritable phlegmon diffus, bien que le bras fût la seule région indemne de piqûres. Le bras entier était triplé de volume, et l'inquiétude fut telle dans son entourage qu'on crut sa vie en danger. Et sans deux larges incisions qui donnèrent une très grande quantité de pus, le drainage de la plaie, et les soins antiseptiques consécutifs, je ne sais trop en réalité ce qui serait advenu. — Nous avons eu occasion de soigner beaucoup de ces abcès, et nous avons presque toujours été frappé de la facilité que ces abcès, à l'encontre des abcès ordinaires, ont pour récidiver sur place. On ouvre largement un abcès morphinique moyen, sans prendre la précaution jugée inutile de la drainer ; on est surpris le lendemain de le voir reformé et d'être forcé de renouveler l'incision.

En général les abcès morphiniques suppurent plus longtemps que les autres, guérissent plus difficilement que d'autres, et demandent beaucoup plus de petits soins. — Sur les conseils d'un jeune médecin morphinomane lui-même, nous nous trouvons très bien de la pratique suivante pour les petits abcès, qui sont de

beaucoup plus fréquents : par une petite incision, on passe un fil de chanvre qui traverse la peau dans un autre endroit. Ces petits moyens suffisent généralement.

Siège des piqûres. — Statistique.

Quant au *siège des piqûres*, il est des plus variables. Parmi les nombreux morphinomanes qu'il nous a été donné d'observer, nous n'avons trouvé aucun siège de prédilection. On peut dire cependant qu'en général les femmes ne se piquent pas dans les mêmes régions : guidées par l'instinct de la coquetterie, à l'encontre des hommes elles cherchent plutôt, pour se pratiquer leurs injections, les endroits du corps qui cachent à tous les yeux les stigmates morphiques ; elles ont alors recours à des régions, qui, à la première réflexion, sembleraient inaccessibles à la malade elle-même.

C'est ainsi que deux malades que nous avons

soignées ne portaient à première vue aucune apparence de piqûre sur le corps, et cependant, l'une d'elle absorbait 50 centigrammes de poison, et l'autre deux grammes par jour. Ce n'est que sur leurs indications que nous sommes arrivé à découvrir l'emplacement de leurs injections. Toutes deux se les pratiquaient *depuis quatre ans à la région lombaire!* Toutes les deux étaient parvenues à acquérir une habileté manuelle extraordinaire pour cette petite opération, rendue on le conçoit, très difficile par le choix de la place. Une autre jeune ouvrière se pratiquait ses piqûres uniquement sur les seins autour du mamelon. La plupart des femmes que nous avons connues se les faisaient à la face externe des cuisses; ce n'est guère qu'après de longues pratiques, que leur passion l'emportant sur leur coquetterie, elles arrivent à se piquer aux avant-bras.

Un homme, soigné par nous, avait choisi le scrotum.

A ce point de vue nous avons recherché sur les cent et quelques cas recueillis par nous, les régions adoptées par les différents morphinomanes comme lieux d'élection; nous don-

nons ici pour l'édification de nos lecteurs le résultat de ces recherches, qui peuvent avoir quelque intérêt dans les expertises judiciaires :

30 malades se pratiquaient leurs injections indistinctement aux cuisses (face externe) et aux avant-bras (face postérieure) ;

11 exclusivement aux avant-bras ;
25 aux cuisses ;
7 à la poitrine ;
7 à l'abdomen ;
4 aux jambes ;
3 aux bras ;
2 à la région lombaire ;
1 à la nuque ;
2 aux seins (régions mammaires) ; (ces deux cas concernent deux jeunes ouvrières qui se pratiquaient leurs injections autour du mamelon) ;
1 dans toutes les régions du corps, voire même le scrotum !
1 dans la veine médiane basilique !

Le malade dont il s'agit ici et dont nous avons publié l'observation dans notre livre sur le morphinisme, se pratique toutes ses piqûres, depuis

sept ans, exclusivement dans la veine *médiane* du bras !!

Nous voulons à ce propos simplement faire ici quelques réserves sur les dangers que font courir les piqûres de vaisseaux, qu'on a un peu exagérés selon nous. Nous nous appuyons pour exprimer cette opinion, non pas sur un seul exemple, mais sur un nombre respectable de faits probants. Nous ne pouvons surtout résister au désir de publier le résumé d'une observation, qui, à ce point de vue, nous paraît très concluante, aussi bien par ses détails qu'en raison de la condition du malade.

Car il ne faut pas perdre de vue qu'à un moment donné de son intoxication, le morphinique n'a plus qu'un objectif, *se refaire une virginité morphinique*. Or, la *piqûre des veines* est un moyen auquel il a recours pour arriver à ce but, ainsi que la *compression du membre suivi de sa décompression graduelle :*

Il s'agit d'un jeune homme de 30 ans, étudiant en médecine, qui, depuis quatre ans,

absorbe journellement des doses considérables de morphine. Le morphinisme a ici une origine exclusivement thérapeutique. (Rhumatisme.)

Pendant longtemps, près de trois ans, X. s'injectait par jour un gramme de poison dans le tissu cellulaire sous-cutané, non sans avoir essayé à plusieurs reprises de se guérir. Et, chose curieuse, à l'encontre des autres observations où le mouvement, l'exercice facilitent la suppression du stimulant, notre morphinomane restait au lit pendant ses tentatives de suppression ; il trouvait qu'alité il supportait bien plus aisément la diminution de sa morphine, ce qui est absolument contraire à la règle.

Mais toutes ses tentatives furent inutiles. Et desormais X. ne songeait plus qu'à une chose, se morphiniser au meilleur compte possible. Lorsqu'un jour, en se pratiquant son injection ordinaire à l'avant-bras, notre étudiant, au bout de quelques secondes, sentit une sensation d'éblouissement et de bien-être tout à la fois. Il comprit alors qu'il s'était piqué une veinule.

Aussi ce fut pour lui une révélation. Il entrevit tout de suite une source très sérieuse

d'écononie. X. ne voulait pas songer à se guérir et, d'autre part, la morphine coûtait cher. Un raisonnement bien simple se fit à ce moment dans son esprit : « une simple piqûre d'une seringue lui avait procuré une sensation de bien-être beaucoup plus forte que celle qu'il ressentait avec trois fois plus de morphine... En se pratiquant ses injections dans les veines, il aurait donc besoin de trois fois moins de stimulant, sans parler de l'impression bien plus forte qu'il en ressentirait. Son parti fut pris immédiatement... »

A partir de ce moment, sans songer aux dangers graves que de pareilles pratiques pouvaient lui faire courir, il se pratiqua *toutes* ses injections journalières exclusivement dans les veines !

Et, il se pratique de trente centigrammes à un gramme par jour dans la veine médiane, au pli du coude. Nous n'aurions pas cru ce fait, si nous n'avions vu la cicatrice, de nos yeux, et si nous n'avions vu X. se pratiquer ses injections intra-veineuses en notre présence.

. . . .

Cette observation n'infirme nullement les

faits cliniques de Lancereaux et les expériences de Laborde. Il reste toujours vrai que chez un sujet — qui n'est pas *en accoutumance* de morphine — l'injection intra-veineuse peut être un accident grave. Mais on a exagéré la gravité de ce phénomène chez les morphinomanes, c'est-à-dire chez les malades *habitués*, et l'observation que nous venons de donner en est une preuve décisive. C'est ce que nous voulions démontrer.

Troubles du côté des organes génitaux-urinaires. Anaphrodisie morphinique.

Dans la sphère génitale, la morphinomanie produit des phénomènes, sinon graves, du moins qui ne laissent pas d'affecter profondément ceux qui en sont atteints. Et comme tous les accidents de cet ordre, ils entraînent quelquefois avec eux une véritable hypocondrie.

C'est là un fait sur lequel les auteurs sont loin d'être en parfait accord. Notta admet bien

que le morphinisme chronique amène la frigidité, mais il affirme qu'au début, les morphiniques assistent à une véritable résurrection de leur sens génésique. Et il cite à ce propos l'exemple d'une femme du demi-monde qui vantait bien haut les vertus aphrodisiaques qu'elle devait à la morphine (1). M. Garnier est du même avis (2).

Quelques auteurs, dont il serait trop long de donner des extraits, vont même jusqu'à prétendre qu'à toutes ses périodes, le morphinisme développe, ou tout au moins maintient la puissance sexuelle !

Quant à nous, nous avons une opinion formelle sur ce sujet que nous ne craignons pas d'affirmer absolument ; et à ce point de vue nous distinguerons l'intoxication aiguë ou mieux le simple usage de la morphine et l'intoxication chronique.

I. — Il est incontestable que l'emploi *momentané* de la morphine qui peut arriver à l'ivresse morphinique *aiguise* l'appétit génési-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

que. Nous pourrions, à l'appui de cette assertion, apporter les confessions de plusieurs morphinomanes, qui ne laissent aucun doute à cet égard. Une injection de morphine réveille l'instinct sexuel, le fait est incontestable. Mais, et c'est là ce qui a trompé certains praticiens et ce que nous voulons mettre en lumière, ce réveil est plus factice, plus apparent que réel. Nous nous expliquons :

Dans l'état de *satisfaction* qui suit la piqûre, les fonctions cérébrales sont stimulées au maximum, comme nous l'avons vu; et la conséquence immédiate de cette stimulation est l'excitation *euphorique* des fonctions génitales. Cette excitation est, en résumé, plus *cérébrale* que *physique*.

L'orgasme vénérien, en pareil cas, entre, il est vrai, en jeu, mais la *puissance* génésique physique, vraie, n'est nullement augmentée. Je ne craindrais même pas d'affirmer qu'elle est en réalité diminuée. Et ce qui le prouve surabondamment, c'est que, au dire de tous les morphinomanes mariés, le nombre des rapports maritaux descend alors bien au-dessous du chiffre habituel.

Du reste, ce point de doctrine se trouve appuyé par les faits du même ordre observés chez les mangeurs d'opium, chez les opiophages. Et nous avons eu la bonne fortune d'obtenir de quelques-uns d'entre eux des renseignements précieux : c'est un fait de notoriété commune, en Orient, que l'opium pris en petite quantité favorise les rapports sexuels : grâce à lui, les érections sont plus rapides, mais (et les Orientaux le savent très bien), la *virilité* proprement dite n'est nullement augmentée, elle est au contraire très diminuée.

Voilà la vérité sur les vertus aphrodisiaques si vantées de l'ivresse morphinique. Les écrivains qui les ont célébrées ont été trompés par les apparences. Et ce qui le prouve encore mieux, c'est la stérilité des femmes des morphinomanes, même au début.

II. — Si maintenant nous parlons de la passion morphinique, du morphinisme établi, il y a encore bien moins d'hésitation à avoir. L'abus de la morphine, chez *tous* les morphinomanes, que nous avons pu interroger à cet égard, *diminue, et même abolit complète-*

ment l'appétit sexuel. Et, quoi qu'en aient dit certains auteurs, c'est une assertion que nous ne craignons pas d'affirmer énergiquement.

C'est même là un phénomène qui plusieurs fois a poussé certains morphinomanes à nous consulter. Mariés et très désireux d'avoir des enfants, ils étaient désolés de voir l'état d'affaissement sexuel et de frigidité dans lequel ils se trouvaient depuis qu'ils étaient adonnés à la morphine.

L'un d'eux, incapable de renoncer à ses pratiques, et que la perte de sa virilité avait plongé dans un violent désespoir, nous parlait sans cesse d'attenter à ses jours, et avait des idées de suicide très arrêtées. Nous l'avons perdu de vue.

C'est du reste souvent la cause des troubles *hypocondriaques* qui envahissent si souvent les morphinisés. Cette frigidité va quelquefois au point d'empêcher tout rapport entre époux pendant plusieurs années. Et ce n'est pas là un des moindres inconvénients de la passion morphinique, si l'on songe à toutes les conséquences d'un pareil état de choses, au point de

vue des bonnes relations entre conjoints, et des scissions qu'il peut provoquer, etc.

Ce que nous venons de dire pour l'homme se rapporte bien entendu également à la femme. Cependant, si le conjoint est indemne, l'intoxication morphinique, comme l'a signalé Féré, ne paraît pas avoir d'influence sur la gestation.

Du reste, hâtons-nous d'ajouter qu'il est bien fréquent de voir l'un des conjoints suivre l'exemple de l'autre. Dans l'ordre d'idées qui nous occupe, ils n'ont plus alors de reproches à s'adresser l'un à l'autre.

Aperçu statistique concernant les doses quotidiennes injectées.

Du reste, pour résumer cette question, nous ne croyons mieux faire que de donner un aperçu statistique des chiffres observés dans les doses injectées : Sur 120 cas de morphi-

nisme recueillis par nous à ce point de vue, nous trouvons les doses suivantes :

Malades absorbant 10 centig. par jour	2
Malades absorbant 20 centig. par jour	5
Malades absorbant de 20 à 30 centig. par jour	7
Malades absorbant de 30 à 40 centigrammes	7
— — 40 à 50 —	9
— — 50 cent. à 1 gramme	65
— — 1 gr. à 1 gr. 1/2	12
— — 2 gr. à 3 grammes	8
Malades absorbant 4 grammes	2
— 5 grammes	1
— 6 grammes	1
— 9 grammes	1
	120

Cette statistique est celle que nous avons publiée il y a près de deux ans.

Dans un nouveau travail, nous nous proposons de la modifier entièrement. C'est qu'en effet nous avons, depuis cette époque, observé encore un grand nombre de morphinomanes. Et, parmi ces derniers, nous relevons trois autres malades atteignant l'énorme dose de cinq grammes et deux allant jusqu'à six grammes par jour !

On le voit, il y a loin des statistiques connues à notre statistique véritablement effrayante, et dont nous sommes en mesure d'affirmer et de prouver les chiffres.

Pendant longtemps, on a donné comme exceptionnel l'exemple du fameux P. Quencey qui absorbait, dans sa vieillesse, cinq grammes par jour de laudanum qu'il appelait « le bonheur en bouteille ». Nos morphinomanes ont depuis longtemps dépassé cette dose élevée.

Dans cet ordre d'idées, nous pourrions aller plus loin encore, si les limites de notre livre le permettaient, et citer des chiffres plus curieux encore. On connaît l'observation de M. Motet, qui rapporte le cas d'une dame qui avait pris chez son pharmacien un kilo et demi de morphine. Chez plusieurs de nos malades, ce chiffre a été dépassé. L'un d'eux, étudiant en médecine, guéri, nous racontait qu'il en avait absorbé quatre kilos environ. Une autre morphinomane de notre clientèle privée, en six ans, avait atteint le chiffre de trois kilogrammes dans le même laps de temps. A plusieurs reprises, nous avons obtenu des révélations de cet ordre, et presque toujours marquées au coin de la

plus grande exactitude, de la plus grande précision.

C'est qu'en effet, et ce n'est pas là le côté le moins curieux de la maladie, le morphinomane, pour être plus sûr de ne pas être trompé sur le titre des solutions, pèse lui-même sa morphine. Dans la grande majorité des cas, quand nous étions appelé à leur domicile, ce qui tout d'abord ne manquait pas de frapper nos regards, en dehors d'une quantité plus ou moins grande de flacons vides et alignés avec soin, c'était une balance, que le morphinique ne cherche du reste pas à dissimuler.

Enfin, un dernier point que nous ne devons pas omettre de signaler, bien qu'il soit plutôt un effet du morphinisme, à proprement parler, qu'un symptôme, c'est la *recherche de l'euphorie* du début. C'est là, on doit le dire, une des principales causes qui les pousse à augmenter peu à peu la dose primitive.

Et, malgré tout, malgré tous leurs expédients,

au bout d'un mois de pratique morphinique, l'*effet euphorique* est nul. L'état de besoin, tenace, irrésistible l'a remplacé, et achève le tableau symptomatique.

C'est alors qu'ils s'ingénient de mille façons à retrouver les effets enivrants des premières piqûres, le bien-être d'antan! Ils cherchent par mille moyens à se refaire ce que j'ai appelé une *nouvelle virginité morphinique.* Et je dois dire que, dans cette recherche, quelques-uns de nos morphinomanes se sont montrés d'une ingéniosité rare. Au point que leur génie inventif déroutait quelquefois toutes nos connaissances physiologiques, par les dangers graves auxquels ils échappaient.

Nous ne parlerons pas de la *compression*, suivie de la décompression rapide de la racine des bras, mises en pratique chez quatre ou cinq d'entre eux, pour décupler les effets du stimulant.

Le *massage* à l'endroit de la piqûre est le procédé que nous avons vu le plus souvent employé, etc.

Mais le moyen héroïque en pareil cas, et que nous avons vu employer par un médecin que

nous avons soigné, c'est la *piqûre exclusivement pratiquée dans la veine médiane du bras !!!* Ce malade cité plus haut retrouvait, en agissant ainsi, le bien-être et l'ivresse des premières injections : c'était, en outre, pour lui, une source d'économie, car, avec trois fois moins de morphine, l'effet ressenti atteignait le maximum. Il est inutile d'insister sur les dangers de toutes ces méthodes, et en particulier de la dernière, qui semble être une gageure contre toutes les données physiologiques. Ce jeune confrère, dont nous empruntons l'observation résumée à notre livre sur le *Morphinisme* publié il y a deux ans, n'a pas cessé depuis cette époque son *modus faciendi. Il y a donc* SEPT ANS *qu'il s'injecte directement dans la veine du bras, un minimum quotidien de trente centigrammes à un gramme de morphine !*

Aperçu résumé sur les phénomènes de l'abstinence morphinique.

Nous ne donnerons bien entendu ici qu'un bref aperçu d'un état, l'abstinence morphinique, que nous avons longuement traité dans nos *Études médico-légales du morphinisme*. Nous ne l'étudierons ici que dans les rapports qu'il peut présenter avec l'*état passionnel*.

A ce titre, et au pont de vue anecdotique seulement, nous prendrons comme canevas de notre description, le cas d'une jeune femme qui peut servir de type :

Mais auparavant pour l'intelligence de ce qui va suivre, il faut dire qu'à cette époque, à Paris, l'épidémie cholérique battait son plein, et que dans les jours, à l'Infirmerie du Dépôt où nous l'observions, il y avait 2 ou 3 cas douteux qui tenaient en éveil l'attention de l'administration.

Transportée à l'infirmerie, la malade X... est prise tout à coup de *vomissements* alimentaires, et passagers d'abord. Ces vomissements deviennent muqueux et apparaissent ensuite toutes les dix minutes, puis toutes les cinq minutes ; ils se montraient dès que la malade faisait un mouvement, et finissent enfin par devenir incoercibles.

Au bout de quelque temps se joignent des *symptômes diarrhéiques* qui ne tardent pas à devenir intenses et à présenter des caractères alarmants : toutes les dix minutes on est forcé de présenter le vase à la malade !

A ces troubles gastro-intestinaux qui ne laissent pas d'inquiéter vivement l'entourage, se joint bientôt un état général grave : le facies est grippé et cyanosé, les ailes du nez collées contre la cloison, le pouls est petit et les pulsations ne dépassent pas 60. Les extrémités sont froides, malgré les couvertures et les boules d'eau chaude mises aux pieds ; par instant, des frissons agitent tout le corps, la température, prise dans l'aisselle, marque 36°, menace

de collapsus : en un mot tout ce cortège de symptômes alarmants, en pleine période cholérique, en impose ; et on formule le diagnostic de choléra (1).

Cependant je ne donne pas encore une consécration officielle au diagnostic, en prévenant le directeur et en répandant l'alarme : et j'attends encore avant d'affirmer la maladie.

On se met cependant en mesure d'enrayer le fléau avec le grand remède à la mode : on lui fait, sur mon ordonnance, une injection de morphine au cinquantième : Tout le cortège de symptômes alarmants disparaît alors comme par enchantement ! L'algidité, les vomissements et la diarrhée cessent. Le pouls remonte, les extrémités reprennent leur température normale. L'état général redevient meilleur en quelques minutes, et enfin tout danger de collapsus est conjuré presque instantanément !

C'est ainsi que notre malade qui, pendant

(1) Nous n'avons noté, ni dans cette observation, ni dans d'autres cas analogues que nous avons pu observer, les *crachements de sang* signalés par Hirschberg. (*Loc. cit.*)

Nous les avons au contraire notés dans un cas d'intoxication aiguë.

trois à quatre heures, avait présenté des symptômes cholériformes de la plus haute gravité, symptômes qui pouvaient faire présager une issue funeste, se trouva radicalement guérie en deux ou trois minutes par une seule piqûre.

On ne pouvait évidemment songer un seul instant à la vertu miraculeuse de l'injection hypodermique devant une cessation aussi brusque de tous les symptômes gastro-intestinaux. Il fallait chercher ailleurs, car, disons-le de suite, la malade ne nous avait encore pas parlé de ses habitudes morphiniques et notre attention n'était nullement attirée de ce côté.

Et c'est à ce moment seulement qu'elle nous fait l'aveu de sa passion pour la morphine, aveu qui nous donne ainsi aussitôt la clef de tous les accidents observés, et surtout l'explication de leur disparition pour ainsi dire instantanée : elle avoue être morphinomane.

Ici se termine dans l'histoire de la fille X... ce qui a trait aux symptômes d'abstinence morphinique. Nous donnons cependant, à la suite, son histoire entière, pour ne pas nous exposer plus tard à des répétitions.

.... Depuis trois à quatre ans, dit-elle, elle ne

sait pas au juste, elle se fait des injections; un de ses amants, morphinomane, lui en a donné l'idée. Elle s'est d'abord fait des injections faibles, s'imaginant qu'elle pourrait s'arrêter. Puis, comme cela arrive toujours en pareil cas, elle a continué augmentant peu à peu le titre des solutions, sans du reste pouvoir donner aucun renseignement sur les doses employées : « J'augmentais, dit-elle, *approximativement* tous les mois la dose de poudre. »

Dans le début elle se piquait pour éprouver une sensation de bien-être, et, dit-elle, parce que son amant lui avait dit que ce moyen décuplait la puissance génésique (1).

La fille X... est donc une morphinomane par *euphorie*, elle n'a jamais eu ni névralgie ni affection interne, ni rhumatisme, et n'appartient pas par conséquent à la catégorie des morphinomanes médicaux, catégorie, je crois, la plus nombreuse, et qui comprend ceux qui entrent dans la morphinomanie par la porte d'une affection quelconque (généralement désordres internes chez les femmes, rhumatisme chez

(1) Nous trouvons dans Notta (*loc. cit.*) la même origine dans une observation de morphinisme par *euphorie*.

l'homme). Elle avoue du reste que l'effet produit par la piqûre n'a pas répondu à son attente, du moins au point de vue général.

Les premiers lui ont peut-être donné une puissance génésique factice, mais cette puissance génésique a bientôt fait place peu à peu à une impuissance, qui est actuellement absolue.

.... Jusqu'à ce qu'enfin toutes les fonctions de l'organisme participent peu à peu à la même désorganisation. Jusqu'à ce qu'enfin les facultés intellectuelles elles-mêmes, qui résistent, on doit le dire, le plus longtemps, finissent par être entraînées dans le naufrage plus ou moins complet de tout l'être pensant!

CHAPITRE II

DE L'ÉTHÉROMANIE ET DE SES CAUSES
INFLUENCE DE L'ÉTAT PASSIONNEL

Nous pourrions répéter en commençant l'étude de l'*Éthéromanie*, les considérations que nous avons émises au début de notre chapitre sur la *Morphinomanie*.

L'Éthéromanie est même un *état toxique*, une *passion* beaucoup moins répandue que la *passion morphinique*.

Ses effets sont, sans conteste, d'autre part, bien moins pernicieux à tous égards, et ne peuvent être à aucun degré comparés à ceux du morphinisme.

Dans cet ordre d'idées, en se reportant au but qui nous a poussé à écrire ce livre, aux considérations d'ordre social et d'intérêt public

16.

qui nous ont aidé à concevoir le plan si simple d'ailleurs de notre travail sur les causes *passionnelles* de la folie, le lecteur pourra être quelque peu surpris en lisant le titre de ce chapitre.

C'est qu'en effet la *passion pour l'éther* est bien loin d'avoir les conséquences sociales désastreuses des *états passionnels* regardés comme un véritable danger public, lorsqu'ils engendrent des maladies aussi terribles que la *paralysie générale*, que l'*alcoolisme*, que les *folies de cause érotique*, que nous avons étudiées dans une première partie. — Elle est loin même de présenter les dangers sociaux du morphinisme que nous venons d'étudier.

Mais si l'on songe que dans quelques pays, comme l'Irlande, *elle représente un quart* des entrées dans les asiles d'aliénés, et qu'elle peut dès lors fort bien passer le détroit! si l'on songe d'autre part que le cas échéant, au point de vue médico-légal, elle peut, comme nous le verrons, présenter des rapports intéressants, on me pardonnera d'avoir voulu faire profiter le lecteur de plusieurs observations d'éthéromanie que nous avons

eu la bonne fortune de pouvoir observer.

Nous serons du reste très bref. Et nous prendrons tout de suite comme canevas le cas très curieux d'une de nos malades : l'intérêt extrême de l'observation en question réside dans ce fait qu'elle *prenait à la fois de la morphine et de l'éther*. La voici :

Mme X... possède une bonne instruction. Elle apprenait du reste très facilement. Placée dans une pension, à l'âge de sept ans, elle en sortit à quinze ans et demi après avoir obtenu le diplôme du premier degré; six mois après, elle obtenait le diplôme du degré supérieur. Cependant, malgré ses succès, elle présentait un très mauvais caractère. Irascible, elle ne pouvait se plier à la discipline et s'exposait à chaque instant aux réprimandes de ses supérieures, se mettait très facilement en colère, et ne cédait jamais aux remontrances.

Elle ne paraît pas avoir présenté, à ce moment, d'attaques de nerfs. Très colère et très violente, elle s'emportait très facilement, mais il résulte des renseignements fournis qu'elle n'a *jamais* présenté d'attaques convulsives, sous

une forme ou sous une autre, pas plus à cette époque de sa vie que dans la suite. Elle n'accuse aucun phénomène hystériforme à aucun moment de son existence.

Réglée à douze ans, mariée à l'âge de dix-sept ans, contre son gré, avec un homme qu'elle n'aimait pas, elle a commencé à éprouver quelques idées mélancoliques. Puis, dit-elle elle-même, elle a cherché les occasions de s'étourdir et de chasser ses idées noires. Elle courait les bals et les soirées, et paraît, à ce moment, avoir cherché et trouvé des consolateurs. Éprise éperdument d'un jeune homme qu'elle aurait voulu épouser, sa famille le repoussa parce qu'il était épileptique.

Bien que mariée, elle rechercha toutes les occasions de le revoir, et le revit en effet à plusieurs reprises, dans le monde, en soirée, etc. C'est en sortant d'un bal, où elle s'était longuement entretenue avec lui, que, désespérée, elle songea, en rentrant chez elle, à en finir avec la vie. — C'est alors que se place dans la vie de notre malade un épisode important qui marque son entrée dans la vie pathologique qu'elle ne devait plus quitter.

N'osant pas mettre son projet de suicide à exécution, *elle eut alors, pour la première fois, l'idée de recourir à l'éther* « pour y trouver l'oubli de ses maux ». Les vertus enivrantes de la morphine ne lui étaient pas encore connues.

La naissance d'un enfant ne la rapprocha nullement de son mari, qu'elle détestait sans savoir pourquoi. Elle accoucha à sept mois et demi d'un enfant peu vigoureux mais qui ne présenta jamais ni tare ni affection grave. La grossesse et l'accouchement se passèrent bien malgré l'existence fatigante qu'elle menait à ce moment.

Elle commença à recourir à l'éther dans les premiers mois de son mariage par désespoir, par chagrin d'amour, comme nous l'avons vu tout à l'heure. Elle en continua l'usage par habitude, l'accoutumance fit le reste; et, au bout de deux mois de cette pratique, les abus d'éther étaient journaliers.

Les inhalations furent ici la seule forme d'intoxication employée. Elle n'en prit jamais à l'intérieur comme d'autres éthéromanes que nous avons connues.

Ici se place un détail très important à noter au point de vue du diagnostic différentiel des différentes intoxications :

Mme X... déclare qu'elle continua l'usage de l'éther, non pas parce que la privation de ce stimulant la faisait souffrir, comme cela arrive dans l'abstinence morphinique, *mais « parce qu'elle y trouvait des sensations très agréables qui lui faisaient oublier ses tourments.* »

Ces inhalations avaient lieu le soir, rarement le jour. Dès qu'elle se mettait au lit, elle s'emparait d'un flacon d'éther. Voici alors le mode assez singulier d'inhalation qu'elle employait, tel qu'elle nous l'a décrit :

Mme X... en versait cinquante à soixante grammes dans une soucoupe qu'elle plaçait sous son menton, étant couchée. Puis elle se couvrait complètement la tête d'un mouchoir, pour que les vapeurs d'éther ne fussent pas perdues. Elle s'assoupissait ainsi pendant vingt minutes, une demi-heure. Il lui arrivait même très souvent, ajoute-t-elle, de dépasser cette limite, tellement les sensations qu'elle éprouvait alors lui étaient agréables.

Notre malade obéissait d'autant plus volontiers à ce funeste penchant à s'éthériser que, femme d'un médecin, elle se procurait facilement son dangereux poison.

Malgré les vives remontrances de son mari, cette passion dura neuf ans !

Pendant neuf années consécutives, elle fut ainsi sous le coup de l'*éthéromanie !* Nous devons toutefois faire remarquer que, chez notre malade, cette passion bizarre, tout en présentant certains caractères qui la rapprochaient de la morphinomanie, en présentait quelques autres qui l'en différenciaient.

Comme dans bien des cas de morphinomanie, la porte d'entrée avait été la souffrance morale ; et le désir de s'étourdir, d'oublier, avait marqué le premier pas dans l'intoxication. Comme dans le morphinisme, Mme X... y trouva, avec l'oubli momentané de son chagrin, une sensation analogue d'euphorie.

Le cas est d'autant plus intéressant ici, et nous sommes d'autant plus autorisé à faire ce rapprochement, que notre malade, comme nous l'avons dit et comme nous le verrons dans la suite, fut *éthéromane et morphinomane.*

De plus, très instruite et très intelligente, elle rend très bien compte de ses sensations qu'elle analyse fort bien. Nous devons donc nous estimer très heureux de pouvoir observer et apprécier chez une même malade les effets de ces deux poisons : la morphine et l'éther. Car nous devons, en raison de cette intelligence très développée de la malade, regarder les renseignements et les rapprochements fournis par elle comme très probants.

Or, elle insiste beaucoup sur ce point : dans les deux intoxications, il y avait chez elle une sensation de bien-être, d'euphorie très appréciable, mais incomparablement moins accusée dans l'éthérisme (1). L'éther, comme la morphine, produisait chez elle une impression agréable, mais c'était plutôt une *sensation de douce somnolence*, ne ressemblant que de très loin à la sensation de *chaleur enivrante qui lui parcourait tout le corps* deux minutes après l'injection *morphinique*.

Mais un point qui mérite d'appeler toute notre attention, dans le point particulier qui nous

(1) Nous préférons ce mot d'éthérisme, car comme nous le disions plus haut, on ne trouve pas l'impulsion irrésistible qui caractérise la morphinomanie.

occupe : caractère distinctif des différentes intoxications — ce sont les effets produits par l'abstinence de l'éther chez notre malade, rapprochés des effets produits chez elle dans la suite par l'abstinence morphinique.

Elle eut recours pendant neuf années, et journellement, à des inhalations d'éther, mais elle y était chaque fois poussée par le plaisir que lui promettait cette ivresse, sans que jamais, à l'approche de l'heure ordinaire des intoxications, « *elle éprouvât de douleur physique.* » Plusieurs fois même il lui est arrivé de ne pas avoir d'éther, de ne pas inhaler son stimulant ordinaire, sans éprouver la moindre souffrance; quelques regrets, et c'était tout.

Or, quelle différence avec la morphine! nous disait la malade elle-même, en faisant plus tard allusion aux tortures véritables que lui causait l'abstinence morphinique, et en nous parlant des souffrances qu'elle eut à endurer dans le cours du traitement par suppression progressive.

Pendant tout le cours de cette intoxication par l'éther, toutes les fonctions continuèrent à s'accomplir. La menstruation, si souvent atteinte par la morphine, ne fut pas troublée. Et, chose

curieuse, pendant tout le temps de sa grossesse, notre éthéromane continua à s'éthériser sans paraître souffrir de cette manière de faire. Cependant elle accoucha avant terme, à sept mois et demi, d'un enfant qui vit encore.

Pas de troubles, ni du côté des voies respiratoires ni du côté des voies digestives. La nuit, ni cauchemar ni rêve pénible.

La façon dont elle cessa de s'éthériser montre bien également combien l'éthérisme diffère du morphinisme :

A la suite d'un voyage à B..., elle avait oublié de se munir de sa provision ordinaire d'éther; et dut, à son grand regret, se passer d'un poison auquel elle avait recours depuis bientôt dix ans : « La nuit venue, raconte-t-elle, en l'absence du stimulant habituel, j'éprouvai un grand mécontentement et de l'énervement. » Elle en fait alors chercher dans le pays, mais comme il n'y avait pas de pharmacie, elle fut obligée de s'en passer. Cette privation brusque fut accompagnée d'insomnies et d'agitation nocturne qui durèrent huit jours.

Mais, détail important à noter au point de vue du diagnostic différentiel, cette suppression ne fut accompagnée d'aucun symptôme grave; pas de diarrhée, pas le moindre vomissement. Il n'y eut pas même, à proprement parler, de souffrance. Un simple malaise accompagné de la perte du sommeil qui dura une huitaine de jours, et ce fut tout.

On verra, à propos du traitement, chez cette même malade, combien la suppression de la morphine est autrement grave, et quel cortège de symptômes alarmants, sans parler des souffrances réelles, se montra plus tard chez elle sous l'influence du morphinisme par la suppression progressive.

C'est ici le moment d'apporter à notre assertion quelques restrictions. — Étant donné que l'état mental comprend, outre les facultés de l'intelligence, le sens moral, nous avons été trop loin en déclarant qu'à ce point de vue notre éthéromane était indemne. Car nous devons dire que, bien au contraire, dans la sphère des facultés morales et affectives, Mme B..., en pleine période d'intoxication, à plusieurs reprises même, a présenté des lacunes incontesta-

bles. Nous devons même dire que dans son histoire pathologique c'est là un point des plus intéressants, en raison des considérations pratiques et médico-légales qu'il soulève. Nous ne pouvions donc le passer sous silence.

Empressons-nous d'ajouter que les faits délictueux incriminés ne doivent pas, du premier coup, parce qu'il y a coïncidence avec l'éthéromanie, être mis, absolument et simplement de ce chef, sur le compte de l'intoxication. Mais, ayant été accomplis pendant que la malade était en pleine *puissance*, nous pouvons, nous devons même les envisager dans les rapports qu'ils peuvent avoir avec la passion pour l'éther. Il était de notre devoir, étant donnée cette coïncidence des délits, sinon d'y voir un rapport de causalité, du moins de les rapporter et d'apprécier la responsabilité de notre éthéromane. Les actes délictueux seront ici d'autant plus intéressants à étudier qu'on pourra les rapprocher d'actes de même ordre commis par *la même malade* quelques années plus tard, alors que le *morphinisme* avait remplacé l'*éthérisme*.

Nous ne pouvons entrer dans tous les détails circonstanciés qui ressortissent à ce point noir

de son existence, car ceux-ci n'ont jamais donné lieu à aucune enquête, à aucune expertise médico-légale, de sorte que, sous ce rapport, nous sommes tenu à une certaine réserve. D'autre part, de trop longs développements seraient inutiles, d'autant que plus loin, nous serons forcé, en raison des actes de même nature commis pendant qu'elle était morphinomane, quelques années plus tard, de revenir sur ce sujet.

Les faits délictueux dont il s'agit actuellement ont été commis en assez grand nombre à ce moment de son existence pathologique; ils ont consisté surtout en vol, faux en écriture. Il ressort des renseignements fournis par elle et venant de diverses sources à l'époque de ces délits variés, qu'elle était sous le coup de l'intoxication par l'éther ou mieux en *puissance* d'éther. La signification de cette dernière formule a été suffisamment définie pour que nous n'y insistions pas ici.

Il est évident que M[me] B.., en se retranchant derrière cet argument, avait conscience de sa valeur, et elle espérait bien par là se laver aux yeux de son entourage (jamais, comme nous le disions plus haut, le tribunal n'a été saisi de

ces faits et n'a provoqué d'expertise judiciaire, ses actes délictueux ayant été commis au préjudice des siens) et elle comptait bien bénéficier, aux yeux de ses parents, de ses amis, de son état d'intoxication.

Il est évident, d'autre part, qu'il y avait chez notre malade, au point de vue de la responsabilité médico-légale, à tenir le plus grand compte de son état d'empoisonnement prolongé par l'éther. Mais innocenter complètement une éthéromane d'un vol, par exemple, serait une grave erreur de la part d'un médecin légiste.

Le systeme de défense de M[me] B... se ressentait du milieu dans lequel elle vivait (son mari occupait une haute profession libérale) et elle savait fort habilement, trop habilement peut-être, tirer parti des quelques connaissances médicales qu'elle possédait. Et en se retranchant derrière sa passion, elle déclarait implicitement, en effet, qu'elle obéissait à des *impulsions* maladives à voler, etc., engendrées chez elle par l'abus de l'éther. Ce système de défense n'est pas nouveau du reste; c'est celui employé par les femmes grosses, par les intoxiqués de toutes sortes, les *alcooliques* et les

morphinomanes surtout. Mais s'il n'est pas nouveau, il n'en a pas plus de valeur pour cela. Les tribunaux commencent heureusement à avoir des idées très nettes sur la responsabilité des délinquants en pareil cas. Et les jugements rendus actuellement dans cet ordre d'idées sont une preuve que les magistrats apprécient à leur juste prix les arguments de cet ordre. On connaît mieux maintenant les folies *puerpérales* et *toxiques* même dans les milieux dont nous parlons, du moins dans leurs rapports avec la responsabilité médico-légale (1).

(1) La possibilité que possèdent depuis quelque quinze ans les magistrats et les avocats de pénétrer, sur la présentation de leurs cartes, dans les asiles d'aliénés, a produit d'excellents résultats. La faculté qu'ils ont maintenant de suivre les visites et les cours cliniques donne de très bons effets. On est étonné, quand on a suivi quelques débats de voir avec quelle compétence, au sujet des délits de cet ordre, sont tranchés certains points de responsabilité pénale. Je ne puis parler bien entendu que des délits de *police correctionnelle*, où ce sont les *magistrats* qui sont appelés à statuer sur le fait incriminé. Combien, quand les faits de même nature viennent en *cours d'assises*, les discussions changent de *mesure!* C'est qu'en effet le jury, institution admirable d'ailleurs, n'a pas à beaucoup près, il faut bien le dire, au point de vue particulier qui nous occupe, et ne peut pas avoir la compétence du tribunal, des *magistrats*, dont quelques-uns, il faut avoir le courage de ne pas le cacher, sont même plus versés dans ces questions spéciales que certains d'entre nous.

G. Pichon.

On sait, et on s'appuie pour cela sur des faits cliniques maintenant assez nombreux, que les *impulsions,* à part quelques cas particuliers très rares dont nous parlerons, et si souvent invoqués par les inculpés de cette catégorie, n'existent pas plus dans les *états toxiques* que, dans la grossesse. Et toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un argument de cet ordre, il faudra se tenir sur la plus sage réserve. Toutes les fois, aussi bien dans l'alcoolisme que dans l'absinthisme que dans le morphinisme, et l'éthérisme n'échappe pas à cette règle, toutes les fois qu'un *intoxiqué quelconque*, en un mot, inculpé d'un fait délictueux quelconque, viendra mettre l'acte incriminé sur le compte d'une impulsion provoquée par un état toxique, il faudra se tenir sur ses gardes :

Car, pour l'immense majorité des cas, les faits d'impulsions invoqués, dans les différentes intoxications, sont simulés pour les besoins de la cause.

Et cette formule est vraie pour tout ce qui concerne les passions dont nous avons parlé, depuis l'alcoolisme jusqu'à la cocaïnomanie, en passant par la morphinomanie et l'éthéro-

manie. Elle doit être considérée comme vraie, car elle s'appuie sur toutes les expertises médico-légales que nous avons consultées.

Il est évident que l'éthéromanie rentre dans la règle générale. Jamais, du reste, en nous appuyant sur les faits signalés dans les auteurs, en nous basant sur nos observations, l'usage de l'éther, même longtemps continué (chez un de nos malades, cette passion remontait à neuf années; chez un second, à quinze années), n'a donné lieu à des impulsions, de quelque ordre qu'elles soient.

Pourquoi alors ces impulsions, qu'on n'observe jamais et qu'on n'a jamais observées *en clinique*, se rencontreraient-elles seulement pour conseiller le mal, se rencontraient-elles uniquement *dans la pratique médico-légale?* Il est évident qu'elles sont alors invoquées pour les besoins d'une mauvaise cause.

Leur existence a cependant été admise autrefois par un certain nombre de médecins. Il importe donc d'être bien fixé sur ce point important de médecine légale et de ranger, en s'appuyant sur la clinique, une fois pour toutes, au rang des erreurs, des idées d'un autre âge,

les *impulsions* dans les délires toxiques, dans les intoxications (1).

Dans le cas particulier qui nous occupe, lorsque Mme B..., pour se disculper de ses délits, invoque des impulsions irrésistibles, il est donc évident qu'il n'y a à tenir aucun compte de ses allégations. Nous devons ici faire quelques réserves cependant : l'éthéromanie ne suffit pas à expliquer chez notre malade les actes dont il s'agit ; mais plus tard, lorsqu'elle sera devenue morphinomane, elle commettra de nouveaux vols ; nous verrons qu'alors *les circonstances toutes particulières* dans lesquelles ils auront été commis et sur lesquelles nous insisterons, ne seront plus les mêmes, et qu'elles feront exonérer complètement l'inculpée.

Il est donc avéré que, contre son dire, Mme B... n'a pas cédé à des impulsions irrésistibles, engendrées par l'usage journalier de l'éther. Mais

(1) Il est bien évident qne nous donnons ici à ce mot *impulsion*, le sens qu'on lui donne, en médecine mentale judiciaire, c'est-à-dire de *tendances irrésistibles et conscientes* à commettre tel ou tel acte. C'est là du reste la seule signification vraiment scientifique du mot : c'est par un abus de langage regrettable qu'on a appliqué en pathologie mentale la dénomination d'impulsions aux actes de brutalité inconsciente de l'aliéné qui frappe, déchire ses vêtements, etc.

cependant si elle avait été soumise à ce moment à des expertises médico-légales, l'expert, se basant, non plus il est vrai sur son éthéromanie, mais bien sur son état cérébral de déséquilibration mentale et sur sa tare héréditaire, n'aurait pu la déclarer entièrement responsable de ses actes.

Et c'est ici que la symptomatologie permet de faire la part de l'éthéromanie. Dans l'éthérisme, même après une longue pratique, les symptômes sont, en somme, bénins. Dans le morphinisme, bien que nous n'ayons pas eu ici une intoxication profonde, l'aspect symptomatique se montre tout de suite beaucoup plus grave.

C'est ainsi qu'à ce moment, dont rend très bien compte la malade, où les deux passions empiétèrent l'une sur l'autre, la menstruation, ce critérium, chez la femme, d'un bon état général, nullement influencée par les abus d'éther, fut supprimée au bout de deux mois seulement d'injections morphiniques.

Dans un autre ordre d'idées, on ne saurait

trop insister sur les déclarations d'une malade qui fut à même d'apprécier les résultats et de la suppression des inhalations d'éther et de la suppression des injections morphiniques, puisqu'elle eut à subir les deux, qu'elle put comparer.

Or, comme nous l'avons vu, contrainte, par l'absence d'un pharmacien dans le pays où elle se trouvait, à se passer d'éther, cette privation ne fut accompagnée d'aucune souffrance physique; tandis que, au contraire, comme nous le verrons, lorsque nous raconterons les péripéties de sa guérison au chapitre du traitement, ses souffrances atteignirent leur apogée lorsqu'elle fut sous le coup de l'*Abstinenz-Morphine*.

Nous devons donc voir dans cette souffrance si vive qui accompagne, chez l'individu habitué depuis longtemps à l'usage de la morphine, la privation du stimulant habituel, un caractère appartenant, en propre, au morphinisme et qu'on ne retrouve plus dans les intoxications analogues. Nous venons de voir que chez Mme B... la privation de l'éther, qu'elle avait l'habitude d'inhaler depuis de longues années, ne produisit pas de douleur. Si maintenant on

rapproche le morphinisme des intoxications les plus habituelles des malades de nos asiles, on voit qu'il en diffère encore.

Mme B..., après avoir été successivement éthéromane, morphinomane, puis simultanément éthéromane et morphinomane, voyant bien que les funestes résultats de sa passion et de cette double intoxication ne pouvaient manquer d'apparaître à un moment donné, prit le parti de se soumettre à un traitement régulier.

Entrée dans ce but dans un hôpital du centre, ce qu'on pouvait prévoir arriva : elle trompa le médecin. C'est alors qu'elle fut dirigée sur la clinique de l'asile Sainte-Anne.

Après un traitement par suppression progressive et des péripéties que nous avons longuement rapportées ailleurs, elle sortit complètement guérie, et de son éthéromanie, qui céda du reste sans aucun incident, et de son morphinisme. Se rappelant les dangers que lui avait fait courir sa passion, elle sortit, bien décidée à ne plus tomber dans ses errements passés.

Et cependant, malgré toutes ses promesses,

malgré toutes ses bonnes résolutions, nous devons faire ici de grandes réserves. D'un tempérament profondément névropathique, elle appartient, d'ailleurs, de par son hérédité, à cette grande classe d'individus dont nous parlerons plus loin, et qui fournit un si large tribut à toutes ces passions artificielles si bizarres. Il y a donc lieu de redouter ici une récidive, à une échéance plus ou moins éloignée.

Un autre malade que nous avons eu occasion de voir à deux reprises à l'infirmerie du Dépôt et dont l'observation a été publiée plusieurs fois, entre autres par M. Magnan dans ses leçons sur la dipsomanie, nous montre la présence de l'éthéromanie avec des perversions sexuelles intéressantes, etc. :

Le comte de R... était arrêté tantôt à la suite de ses abus d'alcool, tantôt à la suite de ses abus d'éther. R..., dont nous avons recueilli l'histoire avec beaucoup de soin, et que l'on connaissait dans le monde des commissaires de police sous le nom de *l'homme à l'éther*, présentait un exemple frappant de cette coexistence de plusieurs intoxications chez un héréditaire dégénéré. Il était dipsomane, éthéromane et nous avouait qu'il était à la recherche d'agents plus délicieux (*sic*).

Cet héréditaire dégénéré que Lasègue avait eu occasion d'étudier plusieurs fois, a été l'objet d'études de MM. Legrand du Saulle (*loc. cit.*), Magnan (*loc. cit.*), Reynard (*loc. cit.*). Au dernier moment, nous lisons une dernière fois son histoire dans les *Annales de médecine psychologique* (sept. 1886) faite par Christian, qui nous apprend que le comte de R... vient de mourir à la suite d'accès épileptiformes, après seize ans d'intoxication par l'alcool et par l'éther ; nous n'insistons donc pas ici sur cette histoire.

Nous ne citerons à propos de ce malade qu'une anecdote entre mille ; pris un jour du besoin irrésistible de l'éther qui le torturait,

R... prit une voiture de place et alla réveiller un pharmacien qui nous a raconté lui-même le fait, à une heure avancée de la nuit : « Je ne peux plus vivre, je souffre trop, donnez-moi 150 grammes d'éther, et le royaume des cieux est à vous! »

L'Irlande, qui est déjà si ravagée par l'alcoolisme, a surtout la spécialité de l'éthérisme.

Cette pernicieuse habitude est même si répandue dans certains comtés, tels que ceux de Londonderry et Tyrone, que le synode a adressé une demande au Parlement tendant à obtenir une réglementation du trafic de l'éther et des mesures propres à restreindre ce nouveau genre d'ivrognerie. — Devant le nombre des admissions dans les asiles d'aliénés des *buveurs d'éther*, la Chambre des communes a pris cette proposition en considération (*Semaine médicale* du 3 avril 1889).

Les considérations qui précèdent, appuyées sur des observations très intéressantes d'é-

théromanie, dont la première concernait une femme très intelligente et adonnée par surcroît au morphinisme, nous permettent d'en déduire des conclusions importantes au point de vue spécial qui nous occupe, au point de vue *passionnel.*

Sans qu'il soit besoin d'entrer dans de longs détails, on saisit ainsi d'un seul coup d'œil les caractères et les bizarreries que présente cette passion. D'autant que les observations que nous avons prises comme base de notre description, et que nous avons choisies à dessein, se rapportaient à des déséquilibrés qui, nous venons de le voir, s'adonnaient à l'éther et en plus à la morphine : au point de vue du diagnostic différentiel (le plus important) avec le délire morphinique, on se trouve déjà dans d'excellentes conditions de terrain unique d'analyse clinique, pour asseoir une opinion solide.

Aussi les conclusions suivantes qui résument ces longues considérations nous paraissent absolument légitimes :

1° L'intoxication par l'éther, tant au point de vue physique qu'au point de vue psycho-sen-

soriel, s'accompagne de symptômes beaucoup moins graves que le morphinisme.

2° L'usage fréquent de l'éther développe peu à peu l'*éthéromanie*, c'est-à-dire une passion qui pousse à abuser journellement de l'éther.

3° Mais la passion pour l'éther — la coexistence de ces deux intoxications chez notre malade en fait foi — ne s'accompagne pas à beaucoup près, de l'*irrésistibilité* à rechercher le stimulant, que l'on trouve dans le morphinisme.

4° Cette différence se retrouve dans l'*état de privation*. L'état de privation de l'éthéromane diffère considérablement de l'*état de besoin* du morphinomane, tant au point de vue mental où l'on ne trouve ni l'angoisse ni l'anxiété, si caractéristique de l'*Abstinenz-Morphine*, qu'au point de vue physique, où l'on ne trouve que quelques accidents peu graves, au lieu des symptômes si graves qui peuvent succéder à la suppression de la morphine (vomissements, diarrhée, hypothermie, frissons, etc., quelquefois même le collapsus et la mort).

5° La responsabilité médico-légale n'est pas la même non plus, à beaucoup près, dans ces deux intoxications :

L'éthéromanie ne pourra *jamais* être invoquée comme entraînant l'irresponsabilité d'un inculpé. Dans la grande majorité des faits il est vrai, il en est ainsi du morphinisme. Mais dans quelques cas très rares *que nous avons bien précisés*, la morphinomanie doit cependant être une cause d'irresponsabilité.

CHAPITRE III

CHLORALISME

Quand, vers 1875, on apprit, par les premiers travaux qui parurent sur ce sujet qu'il existait une affection bizarre que Fiedler désignait sous le nom de *morphinomanie* (1874), on était loin de penser que cette triste passion pour la morphine devait être le prélude d'une série d'états toxiques, dont beaucoup puisaient leur origine en dehors de l'intervention médicale ou thérapeutique (1).

C'est qu'en effet, à la base de toutes ces intoxications, de tous ces appétits bizarres,

(1) *Lœhr* in *Psychiat. Verein* — Berlin, 15 juin 1871.) *Martin Philad. med. Times* 1874) *Mattison*, d°, et surtout *Fiedler*, qui le premier donna à la maladie le nom de *morphinomanie* (Morphiumsucht). Chouppe *Gaz. méd.* 1874-71, *in deutsch Zeitschr. f. prakt. Medicin* 1874, sont les premiers auteurs qui signalent en effet la passion pour la morphine. Les travaux de Levinstein ne commencent qu'en septembre 1875.

il y a autre chose que l'agent toxique, et ce *quelque chose*, c'est l'*état mental* de l'intoxiqué lui-même. Autrement dit, ce qui contribue de nos jours au développement de tous ces délires toxiques, ce qui explique leur tendance à se multiplier dans une proportion effrayante, c'est que les terrains favorables à leur éclosion se multiplient parallèlement dans des proportions également redoutables.

Telle est, selon nous, l'explication de l'accroissement considérable non seulement de ces passions maladives, mais de leurs formes, à un tel point que l'énumération à elle seule exigerait de longs développements. Et, dans une étude complète de tous ces états à laquelle nous avions songé un moment, nous avons été arrêté dès le début, car en consultant la littérature étrangère, nous nous sommes convaincu que leur nombre s'accroît toujours.

Et une preuve qu'il y a dans le développement et surtout dans la multiplicité de ces passions toxiques autre chose que l'agent d'intoxication, c'est que, longtemps dues à une intervention thérapeutique intempestive, bien souvent, actuellement, cette origine ne peut être

invoquée, et le seul coupable est alors l'intoxiqué lui-même, sans que cette fois le médecin puisse être incriminé en quoi que ce soit. L'étiologie *par euphorie* est même arrivée, dans certains milieux sociaux, où la morphinomanie par exemple, sévit avec fureur, à être l'origine exclusive du mal.

Je sais bien que, dans ces conditions, dans les différents cas où ces passions n'ont pas une origine médicale, on a incriminé et avec juste raison, l'influence pernicieuse de l'exemple, le désir de s'étourdir, de chercher un stimulant qui manque, etc., etc. Toutes les causes qu'on a données sont réelles et doivent évidemment entrer en ligne de compte, et loin de nous l'intention de nous inscrire en faux contre les nombreuses observations de nos devanciers à ce sujet. Mais nous croyons qu'au-dessus de tout cela, en dehors des deux origines *thérapeutique* et *euphoristique*, en dehors de toutes les causes rapportées par les auteurs, nous pensons qu'il y a, le plus souvent, un grand facteur, qui domine toute la question pathogénique des intoxications et de tous les états toxiques *passionnels* quels qu'ils soient, et auxquels ressortis-

sent du reste la plupart des autres éléments étiologiques : ce facteur, c'est l'état mental *spécial* du sujet. Nous définirons et nous développerons plus loin dans un chapitre spécial les caractères, la nature de l'état en question et le *modus faciendi* de l'invasion.

Pour l'instant, nous devons nous contenter d'indiquer sommairement les raisons qui expliquent la multiplicité toujours croissante des passions toxiques.

Et le *chloralisme*, qui va maintenant nous occuper, n'échappe pas à ces causes.

Cette affection, qui offre de nombreux points de ressemblance avec le morphinisme, était en effet absolument inconnue il y a seulement quelques années. On avait bien signalé des empoisonnements aigus, des empoisonnements chroniques même, mais qui n'avaient aucun des caractères du chloralisme tels qu'on les a décrits depuis chez quelques rares malades.

En effet, pour qu'il y ait intoxication, au sens propre que nous donnons ici à ce mot, il faut qu'il y ait de la part du sujet impulsion *contractée par l'habitude et l'abus* à recourir quotidiennement à des doses progressivement croissantes

de l'agent toxique. La caractéristique surtout de l'intoxication telle que nous la comprenons, c'est l'*état de besoin*, provoqué par la privation, par le manque de l'agent en question.

C'est bien là le cachet des états que nous décrivons : sans *état de besoin* il n'y a pas *délire* toxique, il n'y a pas tout au moins intoxication.

Si ces facteurs manquent, on n'a plus affaire qu'à un *empoisonnement* vulgaire qui n'a rien de commun avec les états que nous décrivons. C'est là un point sur lequel nous tenons beaucoup à insister, et sur lequel nous insistons toujours dans notre service pour bien montrer la différence qu'il y a entre des affections bien véritablement *mentales passionnelles*, et des états purement physiques, qui ne sont plus de notre ressort et dont la symptomatologie est du reste depuis longtemps fixée. Aussi tenons-nous dès maintenant à bien fixer les deux grands caractères différentiels qui séparent dans l'espèce le chloralisme — c'est chloralomanie que nous devrions dire pour mieux rendre la signification clinique de la maladie — de l'empoisonnement simple par le chloral, aigu ou chronique, qui ne ressemble nullement à la « passion pour le chloral ».

Le chloralisme, tel que nous le comprenons ici, est la passion qui pousse certains sujets à abuser du chloral comme d'autres abusent de la morphine. Ainsi comprise, elle est une affection bien peu commune et que nous n'avons trouvée décrite nulle part avant nous.

Les malades qui sont placés sous le coup de ce nouvel état toxique, comme les morphinomanes, comme les éthéromanes, lorsqu'ils sont entrés dans la maladie, lorsqu'ils ont contracté leur funeste habitude, ne peuvent plus se passer de leur stimulant ordinaire, sans s'exposer à des souffrances réelles, à des accidents véritables; de plus, l'individu adonné au chloral est forcé, pour retrouver toujours la même stimulation factice, de recourir à des doses *progressivement croissantes*.

Car cette *progression* dans les doses est un des caractères différentiels très importants qui est pour ainsi dire le cachet des états toxiques qui nous occupent en ce moment, et qui les distingue d'autres intoxications comme l'alcoolisme, l'absinthisme, avec lesquelles elle établit une barrière très nette. C'est aussi ce même symptôme qui entraîne la gravité du pronostic

en pareil cas et produit en si peu de temps quelquefois la cachexie morphinique, chloralique, etc. Nous devons à la vérité de dire que cette progression dans les doses ne suit pas, à beaucoup près, dans le chloralisme, des proportions aussi fortes que dans le morphinisme.

Quoi qu'il en soit de ses analogies avec le morphinisme, le chloralisme présente des considérations intéressantes dans ses rapports avec les intoxications et les passions toxiques en général, et mérite à ce titre d'arrêter notre attention.

Cette maladie, née d'hier et qui présente, comme nous le disions, de nombreux points de contact avec les deux passions que nous venons d'étudier, le morphinisme et l'éthérisme, est heureusement une rareté clinique ; et les quelques cas que j'ai observés ont presque tous pour origine exclusive l'intervention thérapeutique, contrairement aux deux affections précitées sur l'origine euphoristique desquelles nous avons longuement insisté.

Nous avons en effet eu l'occasion de pouvoir étudier à loisir trois faits d'intoxication chronique par le chloral, qui avaient revêtu dans

l'espèce absolument les caractères de véritables passions *chloraliques*.

De plus, chez les trois malades que nous avons observés, la passion pour le chloral n'était pas isolée, et s'aggravait par suite d'un hasard clinique dans les trois cas d'une morphinomanie rebelle.

Ces trois observations, grâce à cette coexistence, présentent dès lors, au point de vue de l'exposé et de la discussion de la séméiologie différentielle, d'incontestables avantages.

Nous avons vu en effet dans les chapitres qui ont précédé, que c'est précisément pour éviter des développements interminables que nous avons été guidé dans le choix de notre sujet : en ne prenant parmi les intoxiqués que nous avons pu observer que les observations dans lesquelles plusieurs états toxiques coexistaient chez le même individu, nous sommes arrivé certainement à réduire l'histoire des délires toxiques à ses plus justes proportions ; mais nous avons surtout voulu éviter des répétitions qui n'auraient pas manqué de se produire, si nous avions voulu décrire séparément tous ces états toxiques. La concision a certainement

gagné à notre manière de faire, sans préjudice cependant, nous le pensons du moins, à la vérité clinique.

Nous avons été servi à souhait, nous devons le dire, par les hasards de la clinique, qui ont livré à notre observation dans l'espace de quelques années une série de faits concluants.

C'est ainsi que les trois seules observations de passion pour le chloral qu'il nous a été donné d'étudier dans notre service, se rapportent à des *chloraliques* qui, par surcroît, étaient des *morphinomanes* avérés, circonstance très favorable pour notre étude.

Les observations de ce genre nous évitent en effet la nécessité de recueillir d'autres faits et de les opposer aux premiers. Et en mettant ainsi dans une vue d'ensemble, pour ainsi dire, tous les éléments d'un diagnostic différentiel, cette sorte d'exposé synthétique ne nuit en aucune façon à la valeur des conclusions et leur donne au contraire plus de netteté et plus de force.

Nous allons donc, selon la manière de procéder que nous avons toujours adoptée, donner maintenant l'histoire de nos deux chloraliques, en l'accompagnant, au fur et à mesure de la

discussion, des considérations qu'elle comporte, et en la faisant suivre d'un résumé diagnostic, comme précédemment.

Effets produits par la suppression du stimulant habituel.

Un de nos malades, N..., à la suite de causes assez obscures (il a toujours été très sobre de renseignements), mais qu'il est permis de ranger parmi les causes thérapeutiques et morales tout à la fois, en était arrivé à se pratiquer journellement de nombreuses injections hypodermiques de morphine.

Nous regrettons, du reste, que, faute de renseignements qu'il nous a été impossible de nous procurer, cette observation, sous bien des faces, reste forcément incomplète.

C'est ainsi que nous n'avons pas pu savoir au juste, ce malade appartenant à la clientèle privée, à quelle dose journalière de morphine il était arrivé; mais il nous est néanmoins per-

mis de penser que cette dose atteignait un chiffre assez élevé, et qu'il se pratiquait ses injections assez régulièrement *trois* fois par jour, comme beaucoup de morphinomanes du reste.

Les effets de l'intoxication morphinique se manifestèrent surtout chez lui du côté des fonctions de nutrition. En quelques mois, bien que doué autrefois d'un embonpoint moyen, il était devenu d'une maigreur extrême qui frappait tout d'abord les yeux lorsqu'on l'observait; de plus, les pommettes saillantes se couvraient de temps à autre de ces plaques violacées, que nous avons retrouvées chez plusieurs autres morphinomanes et auxquelles nous accordons une certaine valeur diagnostique. On les remarque au moment où le morphinique est dans l'attente de sa piqûre habituelle, ce qui arrive surtout lorsque, pour des raisons de convenance, de bienséance, ou pour tout autre motif, il est moralement forcé d'ajourner ses injections et d'attendre. D'autre part, des diarrhées quelquefois très tenaces, signe important également et qu'on retrouve assez souvent chez d'autres intoxiqués, accompagnaient chez lui le moindre

retard dans les piqûres. Nous ne devons pas non plus omettre, dans cet ordre d'idées, dans les troubles de la nutrition générale, quelques troubles digestifs. Mais, par-dessus tout, nous devons noter un signe précieux, non seulement parce qu'on le retrouve chez beaucoup de morphinomanes, mais surtout précisément parce qu'il dénote une intoxication de longue date, je veux parler d'une fétidité de l'haleine extrêmement prononcée, dont les causes précises nous échappent.

Tels sont les troubles somatiques les plus saillants dus à l'influence prolongée de la morphine chez notre malade; mais, dans l'ordre psychique, cette longue intoxication avait aussi imprimé son sceau indélébile. Non pas, ce qui est rare du reste, que N... présentât des hallucinations et de véritables conceptions délirantes, mais son état mental a subi un changement notable. On sait, en effet, combien le véritable délire est rare en pareil cas, ce qui établira toujours un caractère différentiel de la plus haute importance entre le morphinisme et l'alcoolisme, quelle qu'en soit la variété. L'alcoolisme subaigu, par exemple, peut très bien, dans l'es-

pèce, servir de point de comparaison; d'autant que, de tous les délires provoqués par l'alcool, cette variété, décrite par Lasègue, est incontestablement, du moins dans les services qui, par suite des règlements, sont appelés à posséder les aliénés au début de leur séquestration, comme l'Admission et la Clinique des maladies mentales, de beaucoup la plus fréquente. J'ajouterai qu'elle est une forme nette, ayant un cadre et des limites précises.

Or l'alcoolisme subaigu a tous les caractères de la folie, telle qu'on doit la comprendre : hallucinations et conceptions délirantes variées.

Le morphinisme, au contraire, au point de vue psycho-sensoriel, ne présente que des phénomènes négatifs; c'est tout au plus si on y trouve des crises nocturnes qui ont quelque ressemblance avec les cauchemars et les hallucinations de l'alcoolisme.

Est-ce à dire qu'au point de vue mental, le morphinisme, la morphinomanie, ne présente rien de spécial?

Évidemment non, car l'état mental des morphinomanes présente, au contraire, des caractères intéressants et bien spéciaux. Seulement

on a le tort, surtout dans la médecine extra-aliéniste, de confondre ces deux états si différents, aussi différents que la température et la toux en clinique ordinaire : l'état *mental* et l'état *délirant*. C'est parce qu'on a confondu ces deux états si différents qu'on a apporté la plus grande confusion dans la discussion, dont nous nous sommes occupé ailleurs, qui portait sur la question de savoir si, oui ou non, la morphinomanie était une psychose, était une folie.

Or, la question, ramenée à ces termes, est fort simple : la morphinomanie n'est pas une affection délirante, ce n'est pas une folie, comparable, par exemple, à l'alcoolisme, qu'on peut appeler folie alcoolique, délire alcoolique ; tandis qu'on ne pourrait jamais employer, dans cet ordre d'idées, les termes folie morphinique. — Et cela, pour les raisons que nous venons de passer en revue, parce qu'il est impossible d'y trouver les caractères assignés au délire, à la folie, c'est-à-dire des troubles psycho-sensoriels, hallucinations et conceptions délirantes diverses; c'est là, du reste, un rapprochement intéressant et instructif que nous avons fait lorsque nous avons traité, quelques pages plus

haut, la coexistence des intoxications morphinique et alcoolique chez le même malade.

Examinée dans ce sens, on le voit, cette question de savoir si la morphinomanie est, oui ou non, une psychose, devient très claire. Elle est ramenée à une simple question de définition : les termes de *psychose*, *délire*, *folie* étant ainsi définis, exigent donc des caractères précis qui, nous l'avons démontré, manquent chez l'individu intoxiqué chroniquement par la morphine, et ne peuvent, dès lors, convenir à cette intoxication.

Reste l'état mental. Y a-t-il dans le morphinisme un état mental spécial ? La pratique longtemps continuée des injections morphiniques imprime-t-elle une modification quelconque aux facultés mentales et au fonctionnement de ces facultés ? Nous ne craignons pas ici, en nous appuyant sur des observations cliniques nombreuses, d'affirmer que, s'il n'y a pas de délire morphinique, de folie morphinique, en prenant les expressions délire et folie au pied de la lettre, il y a dans l'intoxication chronique un état mental spécial. Il y a dans l'empoisonnement chronique par la morphine un trouble des

facultés mentales, une modification des facultés morales et affectives, un affaiblissement de toutes les facultés en général, qui justifient pleinement les dénominations, généralement acceptées, de morphinisme, de morphinomanie, avec les réserves, toutefois, que nous avons émises à ce sujet. Il y a, chez les morphiniques, des modifications de l'état mental, pour résumer d'un mot cette digression, qui justifient pleinement, chez eux, bien qu'il n'y ait pas folie, bien qu'il n'y ait pas délire à proprement parler, qui justifient pleinement leur admission dans un asile d'aliénés; il y a chez eux, dans le domaine des différentes facultés mentales, des troubles suffisants pour donner raison aux auteurs qui, comme nous, rangent franchement le morphinisme parmi les affections que l'on doit étudier quand on étudie l'aliénation mentale.

Je demande pardon de tant insister sur cette question si discutée de savoir s'il y a ou non, dans la morphinomanie, un état délirant; s'il y a où non, dans la morphinomanie, un état mental spécial. Si j'insiste tant sur ce point, c'est qu'il y a ici autre chose qu'une question de doctrine. En effet, sous la question de doc-

trine se cache, comme nous allons le voir, une question de pratique de la plus haute importance, toute nouvelle et non prévue par l'ancienne, ni même par la nouvelle loi; je veux parler de l'intervention, du traitement des morphinisés : Peut-on, doit-on interner cette catégorie de malades dans un asile d'aliénés ? Et c'est peut-être là, dans toute l'étude clinique et médico-légale du morphinisme, le point pratique le plus important, sur lequel tout médecin pratiquant, quel qu'il soit, peut être appelé à statuer. On nous excusera donc de chercher à éclaircir ce point toutes les fois que l'occasion se présentera. Or l'observation de N..., croyons-nous, autorise précisément tout à fait cette digression, comme nous allons le voir tout à l'heure (1).

Tous les troubles de l'état mental, chez ces malades, qu'ils consistent en affaiblissement simplement ou en perversion des facultés, nous autorisent à regarder cette affection comme une maladie de l'esprit, comme une maladie men-

(1) Au moment où nous écrivions ces lignes, le projet de la nouvelle loi était encore en discussion au Sénat. La Chambre haute, dans un article additionnel (art. 16), a prévu les placements auxquels nous faisons allusion.

tale, en un mot, au même titre que l'alcoolisme. Ceci est une réponse à Erlenmeyer qui, à propos d'un article paru dans l'*Encéphale* et dans lequel nous préconisions hautement l'admission des morphinomanes dans un asile d'aliénés, pour les raisons précédentes et pour des *raisons de vie ou de mort*, nous prenait fortement à partie en nous reprochant ces conclusions. Je n'entrerai pas, ici, plus avant dans cette discussion si importante et dans la justification de cette manière de voir; j'ai montré ailleurs, dans ce mémoire même, en répondant aux arguments du médecin allemand, que le morphinisme, par un état mental spécial que je n'ai pas à décrire ici, mais que caractérisent surtout des impulsions irrésistibles à prendre de la morphine, doit être regardé comme étant du domaine de l'aliénation mentale ; j'ai montré ailleurs, qu'à ce titre, les morphinomanes non seulement pouvaient être, mais devaient être internés. Je m'appuyais surtout, étant en cela, en opposition avec un grand nombre de médecins, en demandant la séquestration des morphinomanes dans un asile d'aliénés, sur l'intérêt direct du malade. En effet, j'ai prouvé ailleurs, que l'internement dans un

asile d'aliénés, loin d'être une mesure arbitraire comme on essaye de le démontrer, est, au contraire, une mesure essentiellement humanitaire.

J'irai même plus loin dans la justification de cette intervention : elle est la *seule* qui soit indiquée.

En effet, les morphiniques abandonnés à eux-mêmes pour leur traitement, traités chez eux, que le traitement employé soit la suppression progressive ou brusque, sont *irrémédiablement* condamnés à échouer, quelle que soit leur bonne volonté ; les observations cliniques sont là pour nous donner raison. Or, les morphinomanes (1) qui, dans le mois de janvier 1887, pour ne parler que d'une série que nous avons plus spécialement observée, car antérieurement on pourrait relever de nombreux exemples de guérison, sont entrés à la Clinique de la Faculté, c'est-à-dire à l'asile des aliénés de Sainte-Anne sont tous sortis guéris ; le moins atteint avait,

(1) J'omets naturellement dans cette statistique, une ataxique tabétique, avec troubles mentaux et douleurs fulgurantes d'une violence inouïe, que nous avons eue à la Clinique. Loin d'essayer de la guérir de son morphinisme, nous avons, au contraire, entretenu chez elle, cette maladie. Dans les cas de ce genre, c'est l'indication à suivre.

à son actif, sept ans d'intoxication; et *tous*, quelques mois après le commencement de leur intoxication, sans en excepter un seul, avaient essayé, soit chez eux, soit dans les hôpitaux, à des reprises multipliées, une cure que le défaut de surveillance avait toujours empêché d'aboutir. Trois d'entre eux, même, dont nous avons, du reste, dans un autre travail raconté l'histoire, avaient essayé, à plusieurs reprises, pendant plus de dix ans, un traitement que le manque d'énergie, aidé puissamment par l'insuffisance des moyens de contrôle, avait fait échouer; tous les hôpitaux de Paris avaient été mis à contribution, et cela inutilement. Et cependant, ces morphiniques, grâce à la surveillance rigoureuse que l'on trouve dans un asile d'aliénés, et que l'on ne trouve que là, étaient sortis de la Clinique complètement guéris, après un traitement que nous avons longuement décrit.

On le voit, ces considérations démontrent clairement que le morphinomane a un état mental spécial; et, d'autre part, les résultats de guérison complète obtenus chez des sujets irré-

médiablement condamnés à la démence et à la mort, sans *ce mode d'intervention*, sans la séquestration, nous donnent gain de cause.

Il y a dans tout cela des raisons suffisantes, des arguments de haute valeur, qui défendent notre manière de voir, qui légitiment l'unique mesure qu'on doive proposer quand on est consulté au sujet d'un morphinomane peu aisé. Ce mode d'intervention, *c'est la séquestration dans un asile d'aliénés.*

Aux risques d'être en désaccord, ici, avec quelques aliénistes, comme notre opinion est faite et bien faite touchant ce point délicat, nous affirmons hautement, après avoir longuement réfléchi, après avoir consciencieusement pesé le *pour* et le *contre*, surtout après avoir observé personnellement un grand nombre de résultats positifs, nous affirmons, non seulement que le médecin consulté a le pouvoir, mais qu'il a le devoir de faire interner un morphinisé.

Et, pour ce faire, il devra vaincre les préjugés qui ont cours maintenant plus que jamais et qui font passer ces internements comme des mesures arbitraires, vexatoires et attentatoires à la liberté individuelle; pour ce faire, il

devra même assez souvent, il faut bien le dire, lutter contre le mauvais vouloir des autorités administratives : Celles-ci, se retranchant derrière des articles de règlement, se montrent, en effet, franchement hostiles à l'admission des morphinomanes dans les asiles d'aliénés.

Nous avons parlé ailleurs du traitement (1), et nous ne reviendrons pas ici sur les rapports précisément des règlements administratifs et les admissions de morphinomanes dans les asiles, car cela nous entraînerait trop loin.

En résumé, le médecin consulté pour le traitement d'un morphinisé devra se pénétrer de cette vérité, que *dans l'asile seulement la guérison peut être obtenue*, et que, dès lors, tout doit céder devant l'intérêt si direct d'un malade.

Cette digression trop longue était nécessaire.

Revenons à notre malade N.... Nous sommes arrivé par une association d'idées successives à montrer qu'en raison de son état mental, qu'en raison de bons résultats de la séquestration, il y a tout lieu d'assimiler le morphinisme aux autres maladies mentales.

(1) *Le morphinisme*, in-12 de 500 p. G. Pichon.

Or, chez N... nous trouvons précisément les caractères spéciaux de cet état mental qui fait que le morphinomane, sans avoir l'état délirant des vésaniques ou même de certains autres intoxiqués, comme l'alcoolique et l'absinthique, n'en doit pas moins être rangé parmi les anormaux et les malades de l'esprit : chez N... nous trouvons cet état mental qui autorise les aliénistes à revendiquer le morphinisme comme ayant sa place marquée dans l'étude de l'aliénation mentale.

Sans avoir jamais présenté un naturel très gai, N... n'avait jamais cependant montré un caractère violent.

Or, depuis qu'il subissait l'influence de l'intoxication morphinique, il montrait par intervalle des accès de colère dont la violence quasi-pathologique, effrayait son entourage.

Il interpellait alors violemment et prenait à partie des gens qui ne s'occupaient pas de lui, brisant ce qui lui tombait sous la main pour satisfaire sa rage.

Mais ces crises de fureur, d'ailleurs assez rares, n'étaient pas ce qui caractérisait surtout l'état mental de N....

Il était devenu peu à peu apathique, ne s'intéressant plus du tout à ce qui se passait autour de lui, pas même à ses propres affaires. Incapable également de tout travail, dès qu'il n'était plus sous l'influence immédiat de son poison, une torpeur invincible s'emparait de tout son être, et lui enlevait toute énergie.

C'est surtout le matin que, selon la règle, du reste, se manifestait cette paresse vraiment pathologique. Il était comme cloué à son lit, et rien alors ne pouvait l'en tirer, pas même le travail le plus pressé, les affaires les plus urgentes. Et lui qui naguère se montrait très actif dès le début de la journée, il était alors absolument désarmé contre cette tendance à la somnolence, contre cette inertie terrible, dont il avait bien conscience; N... restait quelque temps dans cet état de torpeur, jusqu'au moment de sa piqûre. C'est alors que venait l'heure de la première piqûre de la journée, la piqûre du matin. L'absorption d'une certaine dose de morphine lui donnait pour quelques instants la force et l'énergie factices qui lui manquaient. Cette difficulté, cette *manie lectuaire*, que notre morphinomane éprouvait à sortir du lit, se retrouve chez la plupart d'entre eux; ils

ont la tête lourde, il semble au réveil, comme nous disait un malade, « que leur tête et leurs membres sont en plomb ».

Cette torpeur se faisait ressentir également du côté des facultés intellectuelles. Appelé de par ses occupations, de par sa situation, à travailler et à écrire un certain nombre d'heures dans la journée, la fatigue s'emparait aussitôt de lui dès qu'il se mettait à son bureau, dès qu'il prenait la plume pour écrire. Et c'est tout au plus si, pendant les quelques instants qui suivaient immédiatement la piqûre, il était capable d'un certain effort, de quelque travail ; il retombait bientôt malgré lui dans cette défaillance invincible si caractéristique, qui envahit le morphinique dès qu'il n'est plus en puissance ; et ses amis, ses collègues n'avaient pas tardé à s'apercevoir de cet état et à en découvrir la source. Cette inertie n'avait pas tardé non plus à englober chez N... toutes les facultés mentales. Nous avons vu qu'au point de vue intellectuel, qu'au point de vue de la mémoire, de la volonté, tout pouvait chez lui se résumer en un seul mot : impuissance. Nous avons vu qu'au point de vue mo-

ral, l'inertie était aussi la note dominante. Au point de vue affectif, il était survenu chez lui une grande indifférence dans les affections, dans les amitiés, dans les relations ; plus aucune tendresse pour ses parents, qu'il considérait comme des étrangers, et ses relations d'amitié avaient depuis longtemps cessé. Vivant seul et retiré, ne voyant plus personne, il recherchait la solitude à un tel point que sa porte était rigoureusement fermée à tout le monde. Quand, par hasard, ou plutôt par surprise, il arrivait de pouvoir franchir le seuil de son appartement, rigoureusement consigné du reste, on était étonné de la quantité de flacons qui frappaient les regards, disposés régulièrement autour d'une balance ; car le morphinomane aime peser sa morphine et faire lui-même ses solutions, pour être plus sûr de ne pas être trompé. Devant un pareil tableau, les derniers doutes qu'on pouvait avoir sur les causes de tout le changement survenu chez N. disparaissaient alors : on était bien en face d'un morphinomane et d'un morphinomane endurci.

Je ne m'étendrai pas plus longtemps sur la description de cet état mental de N... qui ré-

flète si bien l'état mental propre à tous les morphinomanes et qu'on peut très bien résumer en ces quelques mots : inertie invincible de toutes les facultés mentales, inertie intellectuelle, morale et affective, qui le rend incapable de vivre de la vie commune.

Il y a donc dans un pareil état mental, des caractères suffisants pour faire regarder les morphinomanes *euphoriques* comme des anormaux, comme des gens incapables de se diriger.

Maintenant, si l'on songe, d'autre part, qu'à cet état mental s'ajoutent des impulsions irrésistibles à prendre de la morphine *quand même*, si l'on songe encore qu'à cet empoisonnement chronique qui mène fatalement à la démence et à la mort, il y a une chance de salut, l'internement, on sera convaincu que la séquestration des morphinomanes dans un asile d'aliénés est une mesure légitime, nécessaire. Nous avons prouvé qu'elle n'a rien d'arbitraire.

Mais revenons à N... et voyons chez lui par comparaison le chloralisme naître, alterner, puis évoluer simultanément avec le morphinisme.

Il y avait un an environ que N... avait contracté sa funeste passion pour la morphine, et qu'il en subissait les conséquences désastreuses, lorsqu'il fut pris de douleurs de dents et de douleurs articulaires. Comme il était facile de le prévoir, les injections de morphine, auxquelles il était habitué depuis longtemps, ne le calmèrent pas. On peut dire que c'est là une règle générale, et qui livre les malheureux morphinomanes sans défense à l'élément douleur : la morphine, cet analgésique sans pareil et qu'on ne peut remplacer à ce titre, n'a plus d'action sur un organisme qui en est saturé. Notre malade, dans cette occurrence, eut alors recours à un autre calmant, le *chloral*, sans cesser pour cela les injections de morphine. Il en prit d'abord 2 grammes, et arriva jusqu'à 5 grammes, dose qui ne fut guère dépassée.

Les douleurs qui avaient motivé chez lui les injections de chloral disparurent, mais, comme on pouvait le prévoir de la part d'un individu aussi névropathe que N..., les habitudes de prendre quotidiennement du chloral ne cessèrent pas.

D'abord, dans les premiers temps de cette nouvelle intoxication, comme cela lui était arrivé pour la morphine, il pouvait s'en passer pendant quelques jours, mais, peu à peu, cette nouvelle passion devint aussi tenace que la première.

A des heures fixées, il absorbait une quantité donnée de chloral; et quand, par hasard, cette dose lui manquait, il se trouvait alors visiblement anxieux, et, comme je le disais plus haut, bien que cette privation ne fut pas accusée chez lui, à beaucoup près, par la même souffrance que l'abstinence morphinique, lorsqu'il ne pouvait pas ingérer son stimulant habituel.

Il lui avait fallu à peine un mois pour arriver à contracter cette nouvelle intoxication; au bout d'un mois il était véritablement *chloralique*.

Le chloralisme se manifesta chez lui surtout par des *troubles digestifs* très prononcés qu'il fut facile d'attribuer au chloral, d'abord à cause de leur époque d'apparition, mais surtout et à cause aussi de leurs caractères: Ils ne disparurent pas après un mois d'empoisonnement et donnèrent lieu à des *vomissements*, remarqua-

bles surtout par les douleurs qui les accompagnèrent.

A ces vomissements se joignait une douleur épigastrique violente accompagnée de pyrosis. A plusieurs reprises se montra également chez lui une diarrhée, qui, coïncidant avec l'ingestion du chloral, pouvait être mise sur le compte, au moins en partie, de cette nouvelle intoxication.

Tels furent, chez lui, les seuls troubles physiques qu'il fut possible d'attribuer avec certitude à cette nouvelle passion.

Bien d'autres phénomènes somatiques se montrèrent sur lesquels nous n'insistons pas, parce qu'ils peuvent, avec plus de raison, être mis sur le compte de l'intoxication morphinique coexistante : le morphinisme.

Quant aux phénomènes, d'ordre purement cérébral, observés chez N..., nous ne craignons pas de dire que l'ingestion chloralique y est, dans ce cas du moins, étrangère, et c'est là un point important à noter.

L'observation de N... nous permet, en effet, d'avancer, avec beaucoup de probabilité, que l'intoxication chloralique chronique, au point de vue de l'action sur les centres cérébraux,

n'est pas absolument comparable à l'empoisonnement chronique par la morphine. Car c'est un point, que la double existence des deux intoxications chez un même malade, à l'avantage des cas isolés, fait bien ressortir; dans les cas de ce genre, le terrain restant le même, il est loisible de comparer les effets et absolument légitime alors de tirer des conclusions.

Or, dans l'espèce, les habitudes chloraliques n'entraînèrent aucun accident cérébral nouveau chez notre morphinique.

Il nous est donc permis de conclure, tout au moins, de l'étude du cas particulier que l'usage longtemps continué du chloral, n'engendra ici, comme on pouvait s'y attendre, aucun trouble psycho-sensorial, ne provoqua aucune conception délirante. Et c'est là un point de diagnostic différentiel avec le morphinisme, avec l'alcoolisme, de la plus haute importance; ces deux empoisonnements, on l'a vu, tiennent sous leur dépendance des désordres cérébraux indéniables consistant, pour l'alcoolisme, en un véritable état délirant avec phénomènes psycho-sensoriels variés : hallucinations, etc., *le vice alcoolique*, et une véritable modification de l'état

mental sur laquelle nous avons longuement insisté, *pour le vice morphinique.*

C'est là un point de la plus haute importance qu'il importait de rechercher puisque nous avions chez N... un sujet placé dans d'excellentes conditions d'observation. Or, nous l'avons vu, à ce point de vue, touchant l'état délirant, touchant l'état mental qu'aurait pu provoquer une longue intoxication par le chloral, notre examen a été absolument négatif. Et cette conclusion, je le répète, a de la valeur si l'on songe que dans un cas de cette espèce il n'y a pas, pour l'infirmer, à invoquer la question de terrain et de personne.

On pourrait nous dire, en effet, que notre malade ne présentait pas, pour le développement d'accidents cérébraux, un milieu favorable à l'influence du chloral. Or, à cela, on le conçoit, dans l'espèce, notre réponse ne souffre pas de réplique : notre malade s'est livré à des abus morphiniques, il en a subi les malheureux effets et parmi eux des troubles d'ordre cérébral, c'est donc qu'il offrait un milieu propice au développement des états toxiques; il a fait, plus tard, des abus journaliers de chloral : et, au

point de vue cérébral, il n'a rien présenté.

Cette expérience, faite par la clinique, véritable expérience de laboratoire, a donc ici une incontestable valeur. C'est une expérimentation *in anima vili*, pour laquelle, évidemment, on ne peut plus apporter le grave argument de la différence de réaction des tempéraments, puisque pour les deux agents employés, le chloral et la morphine, le sujet est le même. Nous avons donc le droit, en nous appuyant sur l'observation de N..., de déclarer que le chloralisme, à l'inverse des intoxications chroniques, telles que l'alcoolisme, l'absinthisme, le morphinisme, ne produit pas de troubles cérébraux, quelle qu'en soit la nature. Il est bien entendu que nous ne considérons ici que le chloral employé chroniquement, le *chloralisme* en un mot ou *passion* pour le chloral, et non l'empoisonnement par ce médicament, et l'intoxication aiguë.

J'ai insisté une fois de plus sur cette question de terrain unique, sur l'importance que prennent tout de suite des observations dans lesquelles le milieu ne change pas, et les maladies, les intoxications changent seulement. On

conçoit, sans qu'il soit nécessaire de l'expliquer, l'importance et la légitimité des conclusions que l'on tire de pareilles observations. Or, c'est précisément des renseignements, des observations et des conclusions de cette valeur que donne ici cette étude. On comprend, dès lors, que l'examen de pareils faits ne soit pas un simple exposé de faits cliniques, mais bien une étude qui permette en les comparant *chez un même individu*, d'avoir des notions beaucoup plus exactes, beaucoup plus vraies, des différentes intoxications. On comprend qu'une étude faite dans ces conditions doive aboutir à des conclusions beaucoup plus serrées, beaucoup plus légitimes que lorsqu'elle repose, comme cela a lieu dans l'immense majorité des cas, sur des faits ayant trait à des sujets différents; car on sait, et cet argument bien que trop souvent mis en avant, a une réelle valeur, que chaque organisme réagit à sa manière, que dès lors *les effets de telle et telle maladie, et, dans l'espèce, de telle et telle intoxication ne sont pas comparables entre eux.* Ici, cet argument qui a sa valeur, il faut bien le déclarer, n'existe plus.

C'est, nous le repétons, cette considération qui rend cette observation si intéressante, Et, nous ne le cacherons pas, c'est surtout cette considération toute particulière d'un si haut intérêt qui nous a engagé à étudier cette question toute nouvelle du chloralisme.

Pour en revenir à l'histoire de notre malade, nous avons vu que le chloral longtemps continué, tout en déterminant chez lui certains troubles physiques, d'ordre gastrique surtout, n'avait pas déterminé de trouble cérébral appréciable; et nous étions partis de là pour établir entre l'empoisonnement chronique par le chloral, et l'alcoolisme et le morphinisme, une différence bien tranchée. Mais, est-ce à dire pour cela qu'il n'y ait pas empoisonnement vrai, intoxication chronique véritable ? Nous devons aller plus loin même et si, sous certains côtés que nous venons de discuter longuement, le chloral doive être séparé de l'alcool, de la morphine, sous certains autres, nous ne craignons pas de le dire, il s'en rapproche beaucoup.

Tout d'abord, nous devons le dire, au même

titre que le morphinisme et à un degré beaucoup plus élevé même que l'alcoolisme et l'absinthisme, l'empoisonnement par le chloral doit être considéré comme une véritable passion.

Je m'explique, et c'est là, au point de vue particulier où nous nous sommes surtout placé dans notre mémoire, c'est, au point de vue psychologique, un détail très important; l'intoxication par le chloral, une fois qu'elle s'est emparée du malheureux malade, s'imposera à lui en quelque sorte; et sous ce rapport, bien qu'à un plus faible degré, elle se rapprochera de l'intoxication par la morphine. Il faut bien le dire, s'il y a là un point bien intéressant au point de vue psychologique, la pathogénie en est bien obscure. Pourquoi le chloral, ou plutôt pourquoi le chloralique, parce qu'il a eu recours pendant un certain temps à cet agent calmant, se trouve-t-il forcé, quand même, d'en reprendre à un certain moment donné. Je sais bien qu'on pourrait invoquer ici cette nécessité qu'on a invoquée pour le morphinisme, et dire que le chloral, comme la morphine, pour un organisme qui en a pris l'habitude, crée un *besoin vital*. Cette explication, pour nous, n'en est pas

une et n'est autre chose qu'une pétition de principe quand il s'agit d'éclaircir ce fait psychologique, cette impulsion irrésistible à reprendre son poison, une fois qu'on y a habitué son organisme pendant un certain temps.

Il ne faut pas vouloir, à toute force, expliquer des faits qui échappent à toute explication, et, l'impulsion irrésistible qui pousse à reprendre de la morphine, qui pousse à prendre du chloral, après un certain temps d'usage, rentre dans cette catégorie de faits. Avouons notre ignorance, et contentons-nous de consigner le fait. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'usage du chloral habitue peu à peu l'organisme à l'emploi de ce stimulant, et qu'au bout de quelque temps, le besoin factice, l'impulsion irrésistible qui pousse à absorber, chaque jour, une dose déterminée de poison, le chloralisme en un mot, est créé, et, avec cette impulsion irrésistible qui accompagne cette intoxication, un certain nombre de symptômes que nous avons passés en revue.

Parmi ceux-ci, nous avons, à dessein, omis de parler du principal, d'un symptôme qui rapproche précisément le chloralisme du mor-

phinisme et l'éloigne des autres intoxications, nous voulons parler de l'état d'abstinence.

Chaque fois que N..., pour des raisons majeures, ne pouvait absorber, à l'heure ordinaire, sa dose habituelle de chloral, il devenait visiblement anxieux, et, à cette anxiété, se joignait une douleur physique réelle. Hâtons-nous de dire, cependant, que cet état d'abstinence chloralique n'est pas, à beaucoup près, comparable au tableau bruyant de l'abstinenzmorphine (1).

Nous demandons, à ce propos, la permission de citer une seconde observation de coexistence de chloralisme et de morphinisme chez une morphinomane de la Clinique I...; nous verrons que la suppression du chloral, chez elle, fut beaucoup moins pénible que la suppression de la morphine, qu'elle eut également à subir.

(1) Disons-ici, pour terminer, ce qui a trait à l'histoire de N... que, après des tentatives de traitement *à domicile*, le chloralisme et le morphinisme n'ont fait que croître et embellir. Il en sera probablement ainsi jusqu'à ce que sa famille se soit décidée à le faire admettre dans une maison spéciale (maison de santé ou asile), seul lieu de traitement, nous le répétons, du morphinisme par euphorie.

Cette malade dont nous avons rappelé ailleurs l'histoire intéressante, entre à la Clinique le 26 mai 1887. — Morphinomane depuis dix ans, elle prend journellement 1 gramme de morphine et souvent plus. — Nous passons sous silence son histoire clinique qui d'ailleurs a fait le sujet d'une communication intéressante de M. le professeur Ball pour arriver aux incidents relatifs à son entrée à Sainte-Anne et à sa séquestration.

Réclamant elle-même la suppression brusque, la privation de morphine produit chez elle dans ces conditions des accidents tellement graves que l'on renonce à cette méthode que nous regardons comme éminemment dangereuse, et l'on commence la suppression progressive.

Mais comme cette diminution, même méthodique et lentement décroissante, produit des crises douloureuses, violentes, dues à l'état de besoin, on a recours, pour la soulager et pour suppléer dans une certaine mesure à l'action du poison ordinaire, au *chloral*, bien que cette *méthode de substitution* ne soit nullement érigée en règle dans le Service de la Clinique, mais seulement à titre exceptionnel.

C'est en effet ainsi que, sous le prétexte de guérir le morphinisme, on provoque des états d'alcoolisme, du cocaïnisme, etc.

Mais chez I... les souffrances étaient si vives qu'elles légitimaient jusqu'à un certain point notre mode d'intervention.

On lui prescrivit une potion journalière de 3 *grammes d'hydrate de chloral* en recommandant toutefois d'en surveiller scrupuleusement l'emploi et les effets. Ce qui n'eut pas lieu, malheureusement. Nos craintes se réalisèrent et nos prévisions se justifièrent et au delà.

I..., après des souffrances excessives et des péripéties nombreuses relatées ailleurs, était enfin arrivée à la suppression totale des injections morphiniques : le 10 juillet, elle prenait son dernier centigramme de morphine. Mais, et c'est là surtout le point sur lequel nous voulons attirer l'attention, le jour où l'on voulut supprimer ses 4 grammes de *chloral* (depuis six mois elle absorbait quotidiennement cette dose), elle éprouva un tel état de malaise qu'on eut un moment des inquiétudes sérieuses sur son état. On s'aperçut alors, mais un peu tard, qu'elle était devenue *chloralique*. Par notre

faute, il faut bien le dire, et par le fait d'une thérapeutique imprudente, contraire aux règles que nous avions nous-même formulées, et auxquelles nous nous étions toujours astreint jusqu'alors.

Quoi qu'il en soit, la passion pour le chloral, l'habitude d'ingérer quotidiennement une dose de ce stimulant s'était développée peu à peu en elle et avait remplacé la morphinomanie, comme l'alcoolisme et le cocaïnisme se substituent ou s'associent à la passion pour la morphine chez les intoxiqués traités intempestivement par l'alcool ou la cocaïne. Ceci milite une fois de plus en faveur de l'opinion que nous avons longuement défendue à propos du traitement de cette affection, lorsque nous avons combattu la *méthode substitutive* comme très dangereuse.

En effet, pour ne pas avoir obéi à ces prescriptions, nous avons vu l'intoxication par le chloral se développer chez la malade en question. I... avait guéri de sa passion pour la morphine pour tomber dans le chloralisme. C'était, pour se servir d'une comparaison alle-

mande un peu risquée employée pour désigner cette transformation : tomber de Satan dans Belzébuth (1). Hâtons-nous de dire pour notre défense que cette nouvelle passion n'était pas comparable, à beaucoup près, à l'ancienne au point de vue de la gravité et de la ténacité du mal.

D'abord le chloralisme, dans l'espèce, ne plongeait pas ses racines comme l'empoisonnement auquel il s'était substitué, très haut dans la vie du malade. Et l'on sait qu'il y a là une circonstance éminemment favorable pour la réussite du traitement. N'ayant ici que quelques jours de date, cette nouvelle passion ne s'était pas encore emparée tout à fait de l'organisme, et il était dès le début facile de prévoir qu'on en triompherait facilement. Aussi nos craintes ne furent pas de longue durée. Et bien que déjà cependant le moindre retard apporté dans l'ingestion du chloral, la moindre diminution dans les doses se traduisit chez I... par un certain malaise mêlé d'axiété, à l'encontre du malade qui a fait le sujet de l'obser-

(1) Erlemeyer. *Considérations sur le morphinisme et sur son traitement*, in *Encéphale*, 1886.

vation précédente, elle n'éprouve que quelques accidents physiques légers, d'ordre gastrique surtout : douleur épigastrique..., etc. Aucun trouble psycho-sensoriel.

En raison de la bénignité des phénomènes observés, il était dès lors facile de prévoir que chez notre malade encore, séquestrée et par conséquent placée dans des conditions de traitement éminemment favorables, le mal cèderait vite.

Effectivement, on commença immédiatement la suppression progressive du nouveau stimulant, du chloral, journellement ingéré.

Disons incidemment, à propos de ce traitement, qu'il en est pour nous du chloralisme, de toutes les intoxications chroniques et des passions analogues, comme du morphinisme : il est toujours deux modes de traitement employés, la *suppression brusque* et la *suppression progressive*. Mais comme pour la morphinomanie, celle que nous préconisons franchement, bien que nous n'ayons pas ici pour le chloralisme de terme de comparaison, c'est la suppression progressive que l'on doit *toujours* essayer avant la seconde. Agir autrement serait s'ex-

poser, comme dans l'intoxication morphinique, aux plus grands dangers et commettre une grave faute clinique.

On commença donc par supprimer chez I... 50 centigrammes d'hydrate de chloral, laissant même la malade à cette dose pendant plusieurs jours.

Et au bout d'un mois, notre malade était complètement guérie de cette seconde intoxication qui, en ville et en dehors du milieu spécial où elle se trouvait alors, eût pu avoir les plus graves conséquences, et aboutir à un état d'intoxication quasi-incurable, comme chez notre malade précédent.

Ce que nous voulons surtout faire remarquer dans cette observation, c'est que le chloral comme la morphine, bien qu'à un moindre degré, provoque par une ingestion trop longtemps continuée un véritable état de besoin, qui fait qu'un retard dans l'absorption ou une diminution dans la dose entraîne immédiatement un état de malaise caractéristique. Ce que nous voulons faire remarquer également, c'est que le chlora-

lisme comme le morphinisme (nous tenons cet aveu de la bouche de la malade), produit au début un état d'euphorie. Au bout de quelques jours, cet état d'euphorie, de *puissance chloralique*, disparaît : et l'on a recours de nouveau au chloral, tout simplement parce que la privation vous fait souffrir. C'est encore là un point qu'il importait de faire ressortir, surtout dans une étude comparative du chloralisme et de la morphinomanie.

Les faits de cet ordre sont très instructifs, et on ne saurait trop insister sur les aveux de nos malades qui furent à même d'apprécier les résultats de la suppression des ingestions de chloral et de la suppression des injections morphiniques, puisqu'ils ont eu à subir les deux et qu'ils sont, dès lors, parfaitement à même de comparer.

Nous devons donc voir dans cette souffrance si vive, inséparable de la privation du stimulant habituel chez les individus usant depuis longtemps des injections de morphine, un caractère appartenant en propre au morphinisme

et qu'on ne retrouve plus dans les autres intoxications analogues.

L'histoire de cette maladie, que nous n'avons trouvée décrite nulle part, permet d'établir un certain rapprochement entre l'état *d'abstinence chloralique* et l'état si net de *l'abstinence morphinique* (abstinentz morphine des Allemands) au point de vue des souffrances physiques qu'elle provoque.

Elle permet, en outre, d'opposer, dans cet ordre d'idées, le morphinisme et le chloralisme aux autres intoxications chroniques, dans lesquelles on ne retrouve plus ce signe de diagnostic différentiel si important, l'état d'abstinence. Si on les compare, en effet, aux délires, aux états toxiques les plus habituels des malades de nos asiles, on voit que les accidents *d'abstinence* font chez ceux-ci absolument défaut. Jamais, par exemple, parmi les nombreux alcooliques que nous avons vus à la Clinique, quelle que soit la forme présentée par eux, jamais nous n'avons vu un seul malade accuser, lorsque l'internement venait mettre un terme brusque à leurs libations journalières, la plus petite souffrance.

Le delirium tremens a pòtu suspenso est évidemment une des manifestations de la cessation brusque d'habitudes alcooliques invétérées, mais il n'a rien de comparable, au point de vue des souffrances du moins, bien qu'on ait fait pour lui un rapprochement, avec l'abstinentz-morphine; et ce fait est si vrai, que dans ce cas on ne voit aucun de ces accidents si caractéristiques (diarrhée, vomissement, abaissement de la température et diminution des pulsations), qui accompagnent fatalement la suppression de la morphine, et qui annoncent aux yeux les moins clairvoyants que l'organisme est alors profondément touché. Et puis enfin, on voit que dans le morphinisme la mort peut suivre quelquefois le retrait de l'agent d'intoxication ordinaire.

Il en est de même de l'intoxication par l'absinthe. A-t-on jamais vu dans l'absinthisme la privation du stimulant entraîner à sa suite les souffrances dont il s'agit en ce moment? Je sais bien que le buveur d'absinthe, habitué à absorber depuis de longues années une dose journalière de poison, éprouvera les plus grandes difficultés à se corriger de ses habitudes; et si, par les

effets d'une contrainte quelconque, l'internement par exemple, il se trouve subitement privé de sa boisson favorite, je sais bien qu'il éprouera un réel malaise. Nous avons eu souvent à ce sujet les confessions de buveurs d'absinthe que leur séquestration mettait quelquefois dans un certain état anxieux assez caractéristique ; et on est même obligé en pareil cas d'avoir recours à des stimulants factices ; boissons et tisanes fortement amères, hydrothérapie, etc. Mais jamais il ne viendra à l'idée du médecin qui a assisté à *cet état de disette* des absinthiques assez peu bruyants, et d'autres parts à l'épouvantable tableau du morphinomane en privation, de comparer ces deux états, et même d'établir entre eux le moindre rapprochement.

Il y a donc, je le répête, dans le tableau des souffrances du morphinomane un cachet *sui generis*, qui fera toujours de l'intoxication par la morphine un état bien spécial qui ne peut être comparé, sous ce rapport, à aucune autre intoxication artificielle. Je dois dire, cependant, mais notre expérience personnelle ne nous

permet pas d'apprécier et de juger la vérité du fait, ni d'appuyer, ou d'infirmer de cette assertion, que l'on a signalé quelques autres intoxications chroniques comme se rapprochant du morphinisme à ce point de vue à un degré plus faible il est vrai. Je ne fais allusion en ce moment, bien entendu, ni aux fumeurs d'opium, ni aux thériaquis, aux mangeurs d'opium.

Il est évident que pour le point particulier qui nous occupe, tous ces intoxiqués divers ne sont après tout que des variétés d'une même famille et tous soumis à l'abstinentz-morphine dont il s'agit. Je veux parler en ce moment de ces nouvelles intoxications qui vont en se multipliant tous les jours et dont j'ai parlé ailleurs : bromisme, cocaïnisme, théisme, vallinisme, chloralisme, etc. Quelques auteurs prétendent que la suppression de l'agent stimulant dans toutes ces intoxications bizarres ne peut se faire sans provoquer quelques souffrances.

Nous ne sommes pas à même de contrôler une pareille assertion, les faits nous manquent. Mais pour ce qui est du chloralisme, nous serions très disposés à admettre quelque chose

d'analogue, sans que, bien entendu, nous songions le moins du monde à assimiler ces deux états.

L'observation suivante d'une malade que nous avons pu suivre assez longtemps démontre que la privation du stimulant provoque, chez l'individu adonné au chloralisme, un état particulier. Cette observation est intéressante également, en ce que, comme précédemment, elle montre de plus l'alliance de deux intoxications : *du morphinisme et du chloralisme*, évoluant en même temps et alternant chez le même individu.

Mme L..., âgée de 54 ans, entra à la Clinique, venant de Laënnec en janvier 1887.

Ataxique depuis dix-sept ans, elle prend depuis sept ans des injections de morphine. Elle est arrivée, au moment où elle entre dans nos salles, à absorber la dose énorme de 1 gramme de morphine. Cette morphinomanie a donc ici une origine *thérapeutique* des plus nettes.

Hâtons-nous, à ce propos, incidemment, de faire remarquer que dans les cas de ce genre, comme nous le rappelons du reste dans nos

conclusions, les injections de morphine sont absolument légitimées, je dirai même plus, *dans l'ataxie locomotrice et dans les affections douloureuses incurables*, le morphinisme, loin d'être redouté dans l'administration de la morphine, qui partout ailleurs doit être rigoureusement surveillée, doit être *recherché*. Nous ne craignons pas de le dire, tout ce que l'on peut faire de mieux dans des affections incurables aussi cruellement douloureuses que le tabès, c'est de chercher à rendre le sujet morphinomane; et, en créant ainsi une passion artificielle qui peut couvrir la maladie primitive dans une certaine mesure, on accomplit presque un devoir, loin de commettre un crime clinique, ou au moins une erreur scientifique.

Cela dit, ajoutons que, en dehors de ses injections de morphine qu'elle n'avait pas abandonnées pour cela, Mme L... avait eu en outre recours depuis de longs mois à l'ingestion de chloral à dose quotidienne énorme. Elle prenait 5 à 10 grammes de chloral par jour environ, tantôt plus, tantôt moins; mais jamais, à son entrée à la Clinique, elle n'était restée un seul

jour sans en prendre une dose très élevée.

Les conséquences d'un pareil *modus vivendi* n'avaient pas tardé à se manifester. En dehors d'un état mental spécial sur lequel nous n'avons pas à insister ici, elle présenta un état psycho-sensoriel très net. Disons incidemment que jamais aucune morphinique ne présenta aussi nettement que Mme L... des hallucinations, assez rares on le sait, dans cette intoxication. Mais ici le doute n'est pas permis un seul instant, ces hallucinations se montrèrent dans l'état d'intoxication, sans s'être jamais montrées auparavant. Elles consistaient surtout en hallucinations de la vue et du goût, à caractères tristes, comme cela a lieu du reste dans l'immense majorité des cas; mais ce qu'elles présentaient chez notre malade d'exceptionnel, c'est qu'elles se montraient aussi bien le jour que la nuit; or, on sait que les hallucinations toxiques en général sont presque toujours nocturnes. Mme L... voyait constamment devant elle, autour de son lit, entrer et sortir de la salle où elle couchait les cadavres de ses parents. Ces apparitions la jetaient dans un état de tristesse perpétuelle. D'autre part elle se plaignait d'être empoisonnée,

prétendant que ses aliments avaient un goût particulier et qu'on y jetait des substances nuisibles. Elle refusait alors toute nourriture, et nous dûmes même, pour l'alimenter, employer la sonde œsophagienne à plusieurs reprises, pour empêcher la mort par inanition. On le voit, les troubles psycho-sensoriels s'accompagnaient ici de véritables conceptions délirantes, d'idées d'empoisonnement, de persécution. Et c'est là un fait assez rare aujourd'hui dans le morphinisme ainsi que dans le chloralisme pour que le notions ici.

Ce qu'il importe aussi de faire remarquer, c'est que tout cet appareil symptomatique était certainement dû à un état toxique : leur époque d'apparition et ce que nous savons des effets de l'empoisonnement chronique par le chloral ne nous permet pas d'attribuer exclusivement ces troubles psychiques, cet état délirant à l'un ou à l'autre de ces états.

Mais, par contre, ce que nous devons mettre sur le compte de cette dernière intoxication, c'est un état permanent de dyspepsie tel, que depuis fort longtemps notre chloralique ne vi-

vait que de lait. Ce qu'il y a également de très vraisemblable, c'est que les faits que nous allons maintenant rapporter sont imputables, et c'est ce qui fait leur intérêt, uniquement à ce dernier état, au chloralisme.

Lors de son passage de l'hôpital Laënnec à la Clinique des maladies mentales, sur les renseignements fournis à son entrée, on n'oublia ni ses antécédents pathologiques ni l'état de morphinisme avancé dans lequel elle se trouvait, renseignement important qui nous permettait de ne pas oublier l'injection journalière d'une quantité fixe de morphine.

Mais l'idée ne vint pas, au milieu de cette énumération, de prévenir qu'elle absorbait en même temps une dose quotidienne énorme d'hydrate de chloral! Ou plutôt, l'esprit ne fut pas attiré vers un danger possible, effectivement beaucoup moins connu que le premier, que celui qu'il y a à supprimer brusquement à une morphinomane sa morphine, c'est-à-dire son calmant, son stimulant habituel.

Toujours est-il que ni le jour de son arrivée dans le service ni le lendemain elle n'eut la plus petite dose du chloral qu'elle était habituée à

prendre tous les jours et en grande quantité. Comme elle était dans un état de faiblesse extrême qui l'empêchait de parler et de rien demander, le résultat de cette suppression brusque et bien involontaire ne tarda pas à se manifester : le surlendemain de son entrée, nous fûmes appelé auprès d'elle pour une syncope des plus alarmantes, à laquelle nous ne pûmes d'abord trouver de causes. Les battements cardiaques peu perceptibles et la température tombée à 36°, puis à 35°, dénotaient un état extrêmement grave et un pronostic rendu encore plus sérieux par le facies de la malade : yeux fixes, abolition des réflexes pupillaires et cornéens. Enfin, fort heureusement, on eut à ce moment même la clef du phénomène : une dose convenable de chloral administrée à temps ramena tout dans l'ordre en quelques jours (1)!

Tel est le fait dans sa simplicité que nous

(1) Notre malade, profondément cachectique, est morte deux mois après cet accident. Mais hâtons-nous de dire que le morphinisme pas plus que le chloralisme ne causèrent sa perte. Madame L. succomba aux suites de l'affection tabétique dont elle souffrait depuis *plus de vingt ans*. Et ici il ne faut certes pas incriminer la morphine et le chloral, qui, au contraire, permirent à cette malheureuse de supporter des douleurs intolérables de l'ataxie.

voulions ajouter ici aux deux précédents, et qui nous permet de poser les conclusions suivantes touchant les rapports du chloralisme et du morphinisme :

1° Les ingestions quotidiennes de chloral, quand elles sont trop prolongées, développent, comme les abus de la morphine, la passion chloralique, le chloralisme, affection très rare, du reste, et qui présente certaines analogies avec la morphinomanie, mais s'en éloigne par certains autres côtés.

2° Le chloralisme s'accompagne, en effet : *a* — d'une tendance quasi irrésistible de la part de l'intoxiqué à absorber, *à doses quotidiennes progressivement croissantes*, le stimulant ordinaire ; *b* — d'un véritable état de besoin (besoin vital ou *psycho-somatique*) provoqué, comme dans l'état de *privation morphinique*, par l'*abstinence chloralique*. Mais l'état de besoin chloralique ne s'accompagne pas, à beaucoup près, des phénomènes graves de la suppression morphinique.

3° Les symptômes physiques du chloralisme,

assez obscurs encore, paraissent consister surtout en troubles gastro-intestinaux. Notre statistique, du reste, se compose de trop peu de cas pour nous permettre de donner des conclusions très fermes à ce sujet.

4° Pour ce qui est des troubles mentaux de cet état toxique cependant, il nous est permis de supposer, en nous appuyant sur nos observations, que les *accidents psycho-sensoriels* sont rares, et que les phénomènes observés consistent plutôt dans l'intoxication chloralique, en *affaiblissement mental*, comme, du reste, dans l'intoxication morphinique.

5° Le mode de *traitement* consiste aussi dans la *suppression progressive* du poison.

Comme dans toutes les *passions* toxiques analogues, on doit *proscrire* la suppression *brusque*, si l'on veut éviter des accidents quelquefois très graves, et n'y avoir recours qu'à la dernière extrémité.

CHAPITRE IV

DE LA COCAINOMANIE

Il est enfin une intoxication que l'on a surtout observée jusqu'ici comme une complication du morphinisme, nous en avons déjà parlé dans un autre livre(1); mais nous devons y revenir en raison de son importance au point de vue *passionnel*. C'est qu'en effet, la complication du *morphinisme* par le cocaïnisme a pris une certaine extension dans ces deux ou trois dernières années, au point qu'à peine connue, elle a été l'objet en quelques mois de plusieurs communications et discussions intéressantes. Les plus récentes sont celles qui ont eu lieu à la

(1) *Le Morphinisme* (1890).

Société médico-psychologique (1). Mais la cocaïnomanie existe en dehors de cet *état « de complication* », et nous tenons à rectifier pré-

(1) *Société médico-psychologique de Paris* et *Annales médico psychologiques* de mars 1889.) Voici ce que nous disions à ce propos dans cette discussion. Nous tenons à donner *in extenso* le texte même du procès-verbal, en raison de la priorité qu'il consacre.

M. G. Pichon. — ... Je tiens seulement, à propos de la communication de M. Saury, à insister sur deux points. Tout *d'abord*, comme M. Séglas, je ferai remarquer qu'il y a longtemps que les faits de délire cocaïnique ont été signalés pour la première fois, et que sur ce chapitre M. Saury ne peut réclamer aucune priorité. Il y a longtemps qu'à l'étranger ils sont connus. On vient de vous parler d'Erlenmeyer. Je connais le mémoire qui a été le point de départ de toutes les séries de travaux écrits sur ce sujet. J'ai eu la bonne fortune d'avoir entre les mains un autre travail du même auteur, dont les conclusions sont peut-être encore plus nettes. Il ne peut donc y avoir de doute à cet égard : on a signalé depuis longtemps non seulement le cocaïnisme, mais dans cette intoxication, la présence d'hallucinations et de conceptions délirantes, en un mot de troubles psycho-sensoriels véritables. Il n'y a pas à en douter, la *littérature étrangère*, comme vient de le démontrer M. Séglas, en fait foi. Mais, en dehors de la littérature *étrangère*, en dehors des auteurs *allemands* qu'on a cités et dont je pourrais allonger la liste sans utilité, je tiens cependant à faire remarquer que, en France même, des faits de cet ordre ont été publiés. Et pour ne pas faire ici un vain étalage d'érudition, je me contenterai de signaler une conférence de M. le professeur Ball et un mémoire important d'Erlenmeyer lui-même écrit en français et datant de 1886. J'ai pu observer moi-même avec bien des cas de morphinisme, quelques cas de cocaïnisme. Or, ma conviction est que les hallucinations sont très rares aussi bien dans le *mor-*

cisément une opinion soutenue par nous : nous avons eu la bonne fortune d'observer des cas « *isolés* » de *cocaïnisme* pur. Nous ne les

phinisme que dans le *cocaïnisme*, et que quand on les y trouve, elles sont dues le plus souvent à un élément étranger *coexistant*, qui est *l'alcoolisme* dans la grande majorité des cas. Et je demanderai à ce propos à M. Saury si dans ces trois observations, il a cherché la présence de ce nouveau facteur.

M. Saury. — J'ai, comme le dit M. Pichon, recherché effectivement avec soin si l'alcoolisme pouvait être incriminé. Et bien ! chez mes trois malades, malgré tous mes efforts, je n'ai rien pu trouver. Ils ne faisaient aucun excès de boisson.

M. Pichon. — J'ai fait cette demande, parce que, je le répète, je ne crois pas que la cocaïne puisse à elle seule provoquer des troubles psycho-sensoriels. Je les ai bien observés moi aussi, mais bien rarement, et dans un cas au moins chez une *cocaïnomane*, on devait incriminer l'élément éthylique surajouté.

Le *second* point sur lequel je désire insister est plus important, et touche à une question clinique des plus intéressantes. Je m'explique. Si j'ai bien entendu, les trois malades dont parle M. Saury ont d'abord pris de la *morphine* avant de prendre de la *cocaïne*. Après avoir été *morphinomanes* et avoir voulu se guérir par la *cocaïne*, ils sont devenus en dernièr eanalyse *cocaïnomanes*, comme c'est du reste la règle, Or, le même auteur, M. Erlenmeyer, a décrit un état toxique tout à fait particulier, qu'il appelle *morphino-cocaïnomanie* (Morphium-Cocaïnsucht), qui se rapproche absolument de l'état que M. Saury vient de décrire chez ses trois intoxiqués (et c'est encore là une nouvelle analogie). En effet, dans cette maladie complexe, il y a non pas deux intoxications associées, non pas en un mot une *coexistence* de deux états toxiques, mais bien une véritable combinaison, une nouvelle affection hybride. Cet état spécial a ses symptômes et sur-

publierons pas ici, mais nous comptons d'ici peu en faire la base d'une étude sur cette nouvelle « *folie passionnelle* ».

tout son pronostic propres, qui diffèrent des symptômes du pronostic de chacun des deux états toxiques précités pris en particulier. Pour ce qui est du pronostic à l'opposé du cocaïnisme, il en est si différent qu'il est presque toujours fatal dans l'état en question, dans la morphino-cocaïnomanie.

Pour ce qui est des symptômes, ils en diffèrent aussi, et l'on s'en rendra facilement compte si l'on songe qu'il y a là une *nouvelle* intoxication, qui, quoique formée des mêmes éléments, est absolument différente des deux premières. Voici, en effet, ce qui se passe en pareil cas : le morphinomane, croyant trouver dans la cocaïne un agent de guérison, arrive vite à abuser aussi de la cocaïne ; mais, et c'est là le point important, basé déjà sur beaucoup d'observations, il n'en continue pas moins l'abus de la morphine. Et, en fin de compte, pour employer le langage imagé d'Erlenmeyer (pour ne pas dire plus), il tombe de Satan dans Belzébuth, il devient morphino-cocaïnomane. Les symptômes observés alors consistent surtout en hallucinations terrifiantes et en troubles psycho-sensoriels divers.

Or, étant donnée l'analogie frappante qui existe entre ces faits et les trois cas rapportés par M. Saury, je suis très porté à dire que dans ces derniers, les phénomènes hallucinatoires et psychiques observés doivent plutôt être mis sur le compte d'une affection nouvelle, hybride et absolument spéciale, que sur le compte du cocaïnisme seul. En résumé, je voulais d'abord et surtout appuyer, avec M. Séglas, une question de priorité à propos du *délire cocaïnique*, et, en second lieu, établir un rapprochement, qui m'a paru légitime, entre les faits intéressants que vous venez d'entendre, et ceux réunis et publiés par le médecin de Bendorf sous le nom de morphino-cocaïnomanie. (Communication de M. le docteur Pichon à la *Société médico-psychologique*.)

Le premier auteur qui ait signalé et décrit le cocaïnisme est Erlenmeyer, qui le premier décrivit aussi la coexistence du morphinisme et du cocaïnisme. Mais le premier écrivain qui ait prôné le traitement d'ailleurs détestable de l'intoxication morphinique par la cocaïne est W.-H. Bentley. (Nous avons indiqué ailleurs toutes les sources bibliographiques auxquelles nous avons puisé, et nous n'y reviendrons pas.)

C'est qu'en effet, parmi les procédés thérapeutiques les plus détestables préconisés, le plus dangereux est sans contredit le procédé de Bentley. Comme l'alcool, comme l'éther, comme le chloral, la cocaïne, en pareil cas, loin de remplacer la morphine, ajoute ses effets pernicieux à ceux de ce stimulant; et à la maladie première s'ajoute une autre passion de même nature aussi funeste, plus funeste que le vice morphinique : c'est la *cocaïnomanie*.

La cocaïnomanie qui, dans la grande majorité des cas, existe à l'état de complication du morphinisme, peut cependant exister isolément, quoique très rarement.

D'après quelques observateurs, les phéno-

mènes psycho-sensoriels alors observés seraient même un peu différents du cortège symptomatique. Ils consisteraient surtout en hallucinations diverses, prédominant dans la sphère de la *sensibilité générale* (Magnan, Société de biologie, mars 1889), et donnant aux malades la sensation de vers qui rampent sous la peau, etc. Ce dernier auteur en fait même un caractère de diagnostic différentiel important d'avec l'intoxication morphinique, qui ne présenterait pas d'hallucinations appréciables.

Mais à côté de la cocaïnomanie *isolée*, forme très rare, on doit signaler la morphino-cocaïnomanie signalée pour la première fois par Erlenmeyer, qui en fit une description clinique très exacte (Morphium-Cocainsucht), quoi qu'aient pu prétendre depuis certains observateurs.

Morphino-cocaïnomanie. — Cette affection complexe, qui rentre absolument dans notre cadre, a toujours la même *étiologie :* le morphinemane, désireux de guérir et mal conseillé, prend des injections de cocaïne. Le résultat de cette manière de faire est invariable. Le malheureux,

loin de trouver la guérison, renonce d'abord à la morphine momentanément, puis se fait concomitamment des injections de ces deux alcaloïdes. C'est ainsi que se terminent toutes les tentatives de cure par ce procédé détestable : à la morphine, qui n'est pas diminuée pour cela, s'ajoute l'abus de la cocaïne, voilà tout!

Les exemples abondent, qui démontrent ce que nous avançons. Nous nous contenterons de citer les cas de Jennings, de Mattison, de Buhler, de Borneman, d'Edward Mann, de Read, de Jæckel, de Christian, de Ball, de Magnan, de Saury, de Westphall, de Pichon, de Jartrovitz et surtout d'Erlenmeyer, etc.

Et nous en passons. C'est surtout en Allemagne et en France que nous avons trouvé de ces cas bizarres et complexes. Nous-même nous avons eu l'occasion de faire deux observations de morphino-cocaïnomanie qui rentrent absolument dans le cadre classique que leur a assigné Erlenmeyer.

Les *symptômes* de cette intoxication, fait très

curieux, ne sont pas tels qu'on les croit. Comme on est porté à le penser, et comme nous l'avons dit dans une communication récente rapportée plus haut, dans cette maladie complexe il y a non pas deux intoxications *associées*, non pas une *coexistence* de deux états toxiques, mais bien une véritable combinaison, une *nouvelle* affection, *hybride* en un mot.

Cet état a son évolution clinique et son pronostic propres qui diffèrent des symptômes, du pronostic de chacun des deux états toxiques précités pris en particulier. Pour ce qui est du pronostic, à l'opposé du cocaïnisme, il en est si différent qu'il est souvent fatal dans la morphino-cocaïnomanie.

Au point de vue des *symptômes*, cet état toxique complexe, outre les symptômes physiques et psychiques du morphinisme et du cocaïnisme, présente des troubles psycho-sensoriels et hallucinatoires beaucoup plus accentués. On sait en effet, et nous avons insisté sur ce fait, combien les hallucinations véritables sont rares dans le morphinisme et le cocaïnisme. Or, les morphino-cocaïnomanes sont assiégés par des hallucinations de tous les sens

et par des conceptions délirantes variées. — Les quelques cas que nous avons personnellement observés sont très nets à ce sujet. Et c'est aussi dans cet ordre d'idées qu'il faut interpréter, je crois, les observations de quelques auteurs ayant trait à des faits de cocaïnisme associé ou succédant à l'intoxication morphinique, comme les faits de Christian et de Saury.

Qu'il nous soit permis, pour finir, de faire remarquer que ce nouvel état toxique commence déjà à prendre des proportions inquiétantes. Nous avons eu récemment l'occasion d'en observer plusieurs cas, et nous pouvons d'ores et déjà affirmer qu'il y a là une passion dont le pronostic est peut-être plus grave encore que celui du vice morphinique.

Nous nous réservons, comme nous le disions plus haut, de mettre à profit plusieurs observations de cocaïnisme pur, que les hasards de la clinique nous ont mis tout récemment sous les yeux, et de revenir sur cette véritable *folie passionnelle*.

Nous n'irons donc pas ici plus loin, pour ne pas sortir des limites que nous nous sommes

imposées : nous nous contenterons de renvoyer à la bibliographie que nous avons faite à ce point de vue spécial, et aussi complète que possible, dans notre ouvrage sur le *morphinisme*.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE

DES FOLIES PASSIONNELLES EN PARTICULIER

TROISIÈME PARTIE

DES PRINCIPALES FOLIES PASSIONNELLES PAR INTOXICATION

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 36.6.91.

Paris. — Imp. Noizette, 8, rue Campagne-Première.